Imprimés

كتاب

الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية

لسعادة الدكتور النطاسى حسن باشا محمود مدير ادارة الصحة
العمومية سابقا وناظر مدرسة الطب والاجزاجية والولادة
ومعلم فن الامراض الباطنة والاكلينك
الباطنى سابقا أيضا (١)

اللهم
اجعله نافعا مقبولا
آمين

(١) تنبيه قلنا هنا سابقا لان الكتاب لم يتم تأليفه وطبعه الا بعد الانفصال عن تلك الوظيفة

(حقوق الطبع محفوظة للمؤلف)

الطبعة الاولى

بالمطبعة الكبرى الاميرية ببولاق مصر المعزية
سنة ١٣٠٩
هجرية

(تقدمة الكتاب)

(لسمو مولانا الجدير بالاهداء والتهانى * خديوينا المعظم عباس باشا الثانى)

مولاى

انى لما فرغت من كتابى هذا رأيت ان أولى الناس بان أهديه اليه واحقهم بان أزف هدية عليه ليس الا سمو أفندينا المفخم الداورى الاكرم من هو لكل فضل نبراس خديوينا المعظم عباس الذى يقدر العلم وأهله قدرهم ويوفيهم حقهم فقدمته هدية الى خزانة سموه العلمية علما بانه هو الذى ينزله المنزلة العلية ويحقق له ما يرجوه (فانما يعرف الفضل من الناس ذووه) خصوصا ان هذا أول كتاب طبى تم تأليفا وطبعا فى أوائل ان رقى سموه عرش الاريكة الخديويه فصار من الواجب ان يجعل لسدة أعتابه تقدمة وهدية

فتقبل يا مولاى من عبدك المخلص المتواضع ما وسمه باسم سموك من هذا التأليف النافع فكأنى بعيا طلعتك قد بش فى وجهه وقبله وأحسنت وفادته واكرمت نزله لا زلت عضدا للعلوم وساعدا ولابنائها مساعدا ميمون الطلعة والاقبال متحليا بحلية الجلال والكمال ولا برحت الحكومة المصرية متمتعة ببقائك مؤيدة بالنصر المبين فى صباحك ومسائك معززة برجالك القائمين على قدم العبودية والسداد السالكين سبيل التقدم والرشاد

اللهم اجعل رياض قطرنا بسمو انظاره ناضره وغياض خيراته يانعة زاهره ما توالى الملوان وكر الجديدان آمين

عبدكم المخلص

الدكتور حسن محمود

(بيان ما للسعادة المؤلف من الكتب التى ألفها وطبعها مع ذكر تاريخ ذلك)

عدد	أسماء	سنة
١	رسالة فى الهيضة	١٨٦٥
٢	نبذة فى مدرسة الطب المصريه	١٨٦٦
٣	رسالة فى خلع المعصم	١٨٦٨
٤	كتاب فى داء الفقاع	١٨٦٩
٥	« الاستكشاف العصرى فى الدمل المصرى	١٨٧٣
٦	« الفوائد الطبية فى الامراض الجلدية	١٧٧٥
٧	رسالة فى منافع مياه حلوان	١٨٧٦
٨	مختصر فى البواسير ومعالجتها وطريقة التمدد	١٨٧٧
٩	رسالة فى حمى الدنج	١٨٨١
١٠	كتاب تحفة السامع والقارى فى بيان داء الطاعون البقرى السارى	١٨٨٣
١١	رسالة فى وباء الهيضة	١٨٨٤
١٢	هذه الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية	١٨٩٢

التى أرخ تمامها تاريخا هجريا حضرة مصححها الفاضل الشيخ عطية البشارى حيث قال

هذا الكتاب خلاصة * يغنى الطبيب بلا خصاصه

ويقول فى تاريخه * زاد الحياة من الخلاصة

١٢ ٤٥٠ ٩٠ ٧٥٧

سنة ١٣٠٨

بيان اجزاء الكتاب

الجزء الاول فى امراض الجهاز الهضمى الثانى فى الجهاز الدورى الثالث فى الجهاز التنفسى والرابع فى الجهاز البولى والتناسلى الخامس فى الامراض العفنة السادس فى امراض الدم (البنيية) السابع فى امراض الحركة الثامن فى امراض المخ والنخاع التاسع فى امراض الاعصاب الدائرية العاشر فى الامراض العصبية العمومية

(فهرست الجزء الاول فى أمراض الجهاز الهضمى من الخلاصة الطبية)

صحيفة

١ عموميات للجهاز الهضمى
٢ (الباب الاول فى أمراض الفم)
المبحث الاول فى الالتهاب الفمى
٤ « الثانى فى الالتهاب الفمى ذى اللطخ البيضاء
٥ « الثالث فى القلاع
٦ « الرابع فى التهاب اللسان
٧ « الخامس فى غنغرينا الفم
٨ « السادس فى الالتهاب التقرحى
٩ « السابع فى سيلان اللعاب
١٠ (الباب الثانى فى أمراض الحلق)
المبحث الاول فى التهاب اللوزتين واللهاة
١٢ « الثانى فى ضخامة اللوزتين
١٣ (الباب الثالث فى أمراض البلعوم والمرىء)
المبحث الاول فى نزلة البلعوم حادة ومزمنة
١٤ « الثانى فى التهاب المرىء وتقرحه
١٥ « الثالث فى تمدد المرىء

صحيفة

١٦ المبحث الرابع فى ضيق المرىء
١٧ « الخامس فى سرطان المرىء
١٨ (الباب الرابع فى أمراض المعدة)
المبحث الاول فى النزلة المعدية الحادة
١٩ « الثانى فى النزلة المعدية المزمنة
٢٣ « الثالث فى الالتهاب المعدى الغلغمونى
٢٤ « الرابع فى الالتهاب المعدى التسممى
٢٥ « الخامس فى قرحة المعدة
٢٨ « السادس فى ميلينا الاطفال
٢٩ « السابع فى سرطان المعدة
٣٢ « الثامن فى تمدد المعدة
٣٤ « التاسع فى الامراض العصبية للمعدة
٣٧ « العاشر فى النزيف المعدى
٣٨ (الباب الخامس فى امراض الامعاء)
المبحث الاول فى النزلة المعوية الحادة
٤٢ « الثالث فى النزلة المعوية للاطفال
٤٥ « الرابع فى التهاب الاعور

صحيفة

٤٧ المبحث الخامس فى تدرن الامعاء
٤٨ « السادس فى الامساك المعتاد
٤٩ « السابع فى ضيق وانغلاق الامعاء
٥١ « الثامن فى الديدان المعوية
٥٧ « التاسع فى البواسير
٥٩ (الباب السادس فى أمراض البريتون)
المبحث الاول فى التهابات البريتون
٦٤ « الثانى فى استسقاء البريتون
٦٥ « الثالث فى سرطان البريتون
٦٦ (الباب السابع فى أمراض الكبد والمسالك الصفراوية)
المبحث الاول فى اليرقان النزلى
٦٩ المبحث الثانى فى الحصوات الصفراوية
٧١ « الثالث فى احتقان الكبد
٧٣ « الرابع فى التهاب الكبد التقيحى
٧٦ « الخامس فى الالتهاب الكبدى المزمن والخلالى

صحيفة

٧٩ المبحث السادس فى السيروز الصفراوى الضخامى
« السابع فى الضمور الاصفر للكبد
٨٣ « الثامن فى اليرقان الخطر
« التاسع فى يرقان الاطفال
٨٣ « العاشر فى الاصابات الزهرية للكبد
٨٤ « الحادى عشر فى السرطان الكبدى وقنواته
٨٥ « الثانى عشر فى الاستحالة النشوية للكبد
« الثالث عشر فى الديدان الحويصلية للكبد
٨٧ (الباب الثامن فى أمراض الوريد الباب)
« الاول فى الالتهاب التقيحى له
٨٨ « الثانى فى انسداد الوريد والتهابه
(الباب التاسع فى أمراض البنكرياس)

تمت

بسم الله الرحمن الرحيم

خلاصة الحمد لبارئ النسم أصل لازدياد النعم وكشف الغمم والبرء من السقم لا اله الا هو أنعم وتفضل ووهب فأجزل ودبر فاحكم وعلم الانسان مالم يعلم والصلاة والسلام على طب القلوب ومهبط اشعة الغيوب سيدنا محمد صفوة الاطهار وخلاصة الاماجد الاخيار وعلى آله وأصحابه أودية الفضل وأدوية الجهل وشرايين جسم الهدى ودورة قلب الاهتدا الذين اماطوا عن بنية الاسلام اعراض أمراض الاوهام ماتنفس متنفس وقدس البارى مقدس

(أما بعد) فأقول وانا المعتصم بحبل الله الممدود الفقير اليه عبده حسن محمود انه لما عهدت الى نظارة المدرسة الطبية وتدريس الامراض الباطنية بذلت مافى وسعى أداء لوظيفتى وشرعت فى جمع وطبع الدروس التى ألقيها التلامذتى وكان الباعث لى على ذلك مع وفرة الكتب الطبية علمى بان فن الطب قد تقدم واستكشفت فيه أحوال لم تكن من قبل تعلم فكنت انقب وافتش على الاستكشافات الجديدة والابحاث المفيدة لينتفع بها كل طالب ويحظى بوصلها كل خاطب

(واذ من التطويل كلت الهمم ❁ وصار آلان الاختصار ملتزم) وكان من شروط المعلم ان يأتى بما يناسب الحال ويسلك بالمتعلمين طريقا توصلهم الى الآمال وجب على أن الخص وأستنبط من الكتب مايحتاج اليه الطالبون وتقربه منهم العيون من غير تطويل ممل ولا ايجاز مخل بعبارات سهلة وألفاظ جزلة ضاما الى ذلك ماظهر من الابحاث الحديثة علمية أو عملية خصوصا الاستكشافات التشريحية المرضية التى أظهرت العناصر الميكروبية بواسطة الاعمال المنظارية واذكر أيضا المعالجات المفيدة والجواهر المستكشفة الجديدة معدنية كانت أو نباتية واشرح بقدر الامكان منافعها الدوائية رجاء ان يستفيد منها كل مطلع ويتذكر بها الطبيب المتضلع

واستعنت فى جمع ذلك بمراجعة أحسن ماألف حديثا فى هذا الموضوع ككتاب (هرمان ايش هودست) وكتاب (ديولافوا) وكتاب (سترمبل) وكتاب فى العلاج جار به العمل الآن فى فينا وغير ذلك من الكتب العربية المفيدة ومشاهداتى العديدة

فجاء بحمد الله قرة للناظر وبهجة لكل خاطر وخلاصة جمعت مهمات هذا الفن خصوصا فى هذا الزمن ولذا سميته (الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية)

ومع ذلك لا أنزه نفسى عن الخطا والنسيان اذ لا يخلو عنهما انسان فرجائى ممن اطلع فيه على ماطغى به القلم أن يستره بالاصلاح فان ذلك من أحاسن الشيم وقد قبلت نظارة المعارف العمومية تدريسه لتلامذة المدرسة الطبية

ولقرب التناول والاستحضار جمعت كل أمراض تشابه بعضها فى جزء بغاية الاختصار فلذا جاء الكتاب كله عشرة أجزاء صغيرة الحجم كبيرة العلم الاول فى أمراض الجهاز الهضمى والثانى فى الجهاز الدورى والثالث فى الجهاز التنفسى والرابع فى الجهاز البولى والتناسلى والخامس فى الامراض العفنة (الحميات) والسادس فى أمراض الدم (البنيية) والسابع فى أمراض الحركة والثامن فى أمراض المخ والنخاع والتاسع فى أمراض الاعصاب الدائرية والعاشر فى الامراض العصبية العمومية

أسأل الله الكريم الفتاح ان يقرنه بمزايا النجاح وان يجعله خالصا لوجهه الكريم وان ينفع به كل من تلقاه بقلب سليم فانه الهادى الى ما فيه الصواب واليه المرجع والمآب وهذا أوان الشروع فى المقصود فأقول مستعينا بحول الملك المعبود

(الجزء الاول فى الجهاز الهضمى)

(عموميات)

الجهاز الهضمى كناية عن التجويف الفمى والبلعوم والمرىء والمعدة وما اشتملت عليه ولها وظائف ميخانيكية وكيماويه

أما التجويف الفمى فوظائفه الميخانيكية خاصة بالمضغ وبعض الازدراد ويحصل ذلك بالانقباض العضلى الذى يدير الفك السفلى على العلوى لتطحن الاطعمة فيسهل ازدرادها مع مساعدة اللعاب المنفرز من الغدد النكفية وتحت الفك واللسان اذ بسياليته تتندى البلعة الغذائية وبلزوجته يسهل سيرها فى مسالك الازدراد

وأما وظائفه الكيماوية فتأثيرها مهم وهو استحالة المواد النشوية الى دكسترين ثم الى جليكوز (سكر العنب) بواسطة الدياستاز اللعابى وحينئذ يسهل للمسالك الهضمية امتصاصه لانه قبل تأثير الدياستاز عليه لا يكون قابلا للذوبان المتوقف عليه الامتصاص

وأما البلعوم والمرىء وهما عضوان غشائيان فوظيفتهما ميخانيكية فقط وهى تكوينهما لقناة توصل البلعة الغذائية الى المعدة

وأما المعدة وهى عضو عضلى غشائى شبيه بقربة ذات فتحتين احداهما عليا متصلة بالفؤاد والاخرى سفلى متصلة بالبواب فوظيفتها حفظ الاطعمة الى حد معلوم وهضمها يكون بواسطة حركات المعدة وتأثير عصيرها المنفرز من غددها المتكون من الحمض المنفرد ومن البپسين اللذين اذا فقد أحدهما فقد تأثير الآخر على المواد الزلالية واذا نقص أو زاد أحد العنصرين عن الحالة الفيسيولوجية حصل سوء الهضم فبذلك العصير تستحيل هذه المواد الازوتية الى سنتونين ثم الى پاراپپتون ثم پپتون يمتص قليلا بواسطة المعدة وكثيرا بواسطة الامعاء وأما المواد الدسمة والنشوية التى لم تكف الكمية المنفرزة من اللعاب فى إحالتها فتبقى فى المعدة بلا استحالة لعدم تأثير العصير المذكور عليها الى أن يتم التكميس فى المعدة فتنتقل مواده اليها بواسطة استرخاء العضلة العاصرة للبواب بالفعل المنعكس فتمر فى الاثنى عشرى المحتوى على عصيرين هاضمين (أحدهما) وهو العصير الصفراوى المنفرز من الخلايا

الكبدية يؤثر على المواد الدسمة فيحيلها الى مستحلب يمتص فى الامعاء بطريقة ميخانيكية ويعتبر العصير الصفراوى المذكور كمنبه للغشاء المخاطى المعوى لاجل سريان الكتلة الغذائية فى المعى ويمكن اعتبار الصفراء مضادة للعفونة أيضا ومساعدة على انفصال الخلايا البشرية للخمل المعوى لسهولة حصول الامتصاص به وأما كونها تحيل النشاء الى جليكوز فضعيف

(والثانى) وهو العصير البنكرياسى المنفرز من غدته فيؤثر بثلاثة أنواع من الخمائر احداها تفعل مثل اللعاب فتحيل المواد النشوية الى دكسترين ثم الى جليكوز بل فعلها أقوى من فعل اللعاب والثانية تحيل المواد الدسمة الى مستحلب مع العصير الصفراوى والثالثة تحيل المواد الزلالية الى ببتون يمتص فى الامعاء كبقية متحصلات الهضم لان الاوعية الكيلوسية تمتص جميع متحصلات الهضم والمستحلب وأما الاوردة الخملية فلا تمتص المواد الدسمة المحالة الى مستحلب لان دخولها فى الاوعية الكيلوسية لا يكون الا بالضغط الذى لا يمكنه قهر التوتر الدموى من الاوردة المعوية ثم يضاف الى هذين العصيرين العصير المعوى ويستمر تأثيرها الى نهاية المعى

وقد نسب بعضهم للتعريج السينى وظيفة هاضمة لكن لم يثبت ذلك بالتجربة وأما المعلقة الدودية فالى الآن لم تعلم وظيفتها وهى تارة تكون منسدة فى جميع طولها وتارة يكون فيها قناة وحينئذ شوهد أنها سبب لحصول أمراض خطرة كالپيتفليت الناتج من دخول أجسام غريبة فيها كبزر العنب

(الباب الاول فى أمراض الفم)

(المبحث الاول فى الالتهاب الفمى)

وهو التهاب يصيب الغشاء المخاطى المبطن للفم

(الاسباب) — هى ما يؤثر فى الغشاء المخاطى تأثيرا ميخانيكيا أو كيماويا فمن الاول الاسنان الحادة والمكسورة والمسوسة وجرح ناشئ من المضغ ومن الثانى الحوامض والقلويات الكاوية والزئبق وفى أغلب الاحوال يحصل الالتهاب بالسعى الحاصل من التهابات الغشاء المخاطى الأنفى أو البلعومى

والغالب ان أسباب هذا الالتهاب تنشأ من أمراض عفنة عمومية كما فى الحصبة والقرمزية والزهرى ومن أمراض خطرة أو طويلة المدة ولم يحصل فيها تنظيف الفم فان الميكروبات تتولد فيها فتلهبه

(الاعراض والسير) — الاعراض الخاصة بالالتهاب الفمى هى احتقان الغشاء المخاطى وانتفاخه وزيادة افرازه فالاحتقان يكون زائدا فى الشدق واللثة (التهاب لثوى) والانتفاخ يعرف ببقاء أثر ضغط الاسنان على الغشاء المخاطى المنفرز والمخاط المنفرز يكون ذا سمك مغطيا للغشاء ويوجد فى الفم غالبا لعاب وأحيانا مخاط قيحى ويكون اللسان وسخا واذا حلل جزء من هذه المواد المنفرزة وبحث عنه بالميكروسكوب يرى فيه خلايا كثيرة بلاطية استحال بعضها الى شحمية وجسيمات قيحية وكائنات ميكروبية (كوكوس) وباكتريا قشية الشكل وأحيانا فطر العفونة وبقايا غذائية وقد تشاهد بقع بيضاء بشرية على الغشاء المخاطى وفى بعض الاحيان حويصلات متى انفجرت خلفها قروح سطحية أو غائرة أو مغطاة بغشاء كاذب وهذه الحالة تسمى بالالتهاب الفمى التقرحى أو التقرحى الغشائى الكاذب وهذا الاخير يشاهد فى المجتمعات وفى الاسكربوط وفى الزهرى وتحس المرضى بألم محرق فى الفم يمنعهم من تعاطى الاطعمة ومن أجل التعفن الفمى تحس أيضا بطعم المرارة والملوحة وقد يتصاعد من الغشاء المخاطى الملتهب رائحة كريهة

وطبيعة المرض تعلم من السبب المحدث له وينقسم عادة الى حاد ينتهى فى جمعة أو اثنتين والى مزمن تطول مدته عند شربى الدخان والخمر وتكون فيه الاعراض التى ذكرناها أقل درجة منها فى الاول

(المعالجة) — اذا كان المرض شديدا لا تعطى المرضى الا الاغذية السائلة والمشروبات الباردة وقد تفضل الحارة وقد يسكن الالم بالمشروبات الجليدية أو بالماء الفاتر ويلزم تنظيف التجويف الفمى بواسطة محلول حمض الفينيك من ١ الى ٢ فى المائة وباستعمال المضمضة من كلورات البوتاسا ٢ فى المائة ومن محلول تحت منجانات البوتاسا واحد فى مائة من الماء أيضا وأما عند الاطفال فيلزم غسل التجويف الفمى بواسطة حقنة واذا كانت اللثة منتفخة لزم أن تدهن بمحلول مكون من صبغة المر والراتانيا أجزاء متساوية

واذا تكونت لزم مسها بنترات الفضة

والالتهاب المزمن يتعاصى أحيانا على الادوية وغاية ما يمكن حينئذ هو تبعيد الاسباب الموضعية كالتدخين والاسنان التالفة وقد أوصوا بالمس بالمحلول السليمانى المركب من ١٠ سنتى منه على ٥٠ جراما من الماء أو بمحلول نترات الفضة ١ جرام فى ٣٠ أو ٥٠ جراما ماء مقطرا وباستعمال الراوند مضغا ويلزم منع المرضى من تعاطى الزئبق ويستعمل أيضا فى الالتهاب الفمى مضمضة مركبة من كلورور والجير ٥ سنتى وماء قراح ٢٠٠ جرام

وتمس الاجزاء المريضة والمتقرحة والدامية المؤلمة بهذه الصبغة وهى

صبغة الارنيكا	١٠ جرام من كل
صبغة العفص	
صبغة الافيون	١ جرام

(المبحث الثانى فى الالتهاب الفمى ذو اللطخ البيضاء)

(الآفت) - يطلق هذا الاسم على حالة التهابية مخصوصة مجلسها الغشاء المخاطى الفمى ويتصف بوجود لطخ صغيرة بيضاء تختلف مجلسا وسعة ويوجد كثيرا فى الجهتين المتوازيتين عند الاطفال الذين بلغ سنهم ثلاث سنين تقريبا

(الاسباب) - اسباب هذا المرض لم تعرف الى الآن ونسبتهم للبن البقر المصاب بالحمى الافتية نقل العدوى الى من شربه يحتاج لتجارب جديدة ولذا لا يمكننا معرفة الوسائط الواقية منه واصابته للاطفال خصوصا ضعفاء البنية أكثر من غيرهم وجائز أن يكون سببه احتكاك اللسان على اللهاة عند مص الثدى زمن التسنين الاول

(الاعراض) - يكون هذا المرض مصحوبا بزيادة افراز اللعاب وعسر فى الرضاعة وحمى واحتقان فى العقد اللينفاوية المجاورة واللطخ تكون منعزلة أو مختلطة ذات لون أبيض مزرق محاطة بهالة حمراء مجلسها فى الغالب حافة اللسان وظهره وقيده أو ما يجاوره وقد تشاهد على الشفتين والشدقين فيتعسر المضغ وتكون هذه اللطخ من سماكة البشرة ومن النضح الالتهابى لانها تكون أحيانا مصاحبة للالتهاب الفمى المعتاد ولذا لا يتيسر نزعها

حذرا

حذرا من حصول النزيف

ومهما تنوع هذا الالتهاب فهو حميد العاقبة ينتهى بعد جمعتين أو ثلاث

(المعالجة) - تنحصر فى غسل الفم واستعمال مضمضة مركبة هكذا

كلورات البوتاسا	١	جرام
شراب	٣	«
ماء	١٠٠	«

ومس اللطخ بمحلول مكون من البورق أو من كبريتات الخارصين ١ منه على ٣٠ من الماء واذا تعاصت على هذه الادوية تمس بحجر جهنم ونحن نستعمل مسها باصبع من الشب وقد نجح دائما ويستعمل أيضا غسل الفم بمحلول حمض الكربونيك وقد يعطى أحيانا من الباطن يودور البوتاسيوم أو الزئبق الحلو ويضاف الى هذه المعالجة استعمال المقويات لمن كان ضعيف البنية

(المبحث الثالث فى القلاع)

هو التهاب يصيب كثيرا فم الاطفال ويتصف بتكون طبقة بيضاء على غشائه

(الاسباب) - هى الرضاعة خصوصا الصناعية لان فضلات اللبن تبقى فى الفم مدة وتمتزج بالهواء فيحصل فيها نوع تخمر فيتولد الفطر الذى يتشبث بالغشاء المخاطى الفمى ويكون نقطا أو لطخا بيضاء والاطفال ضعفاء البنية والذين تغذيتهم رديئة أو غير كافية عرضة له أكثر من غيرهم ومن الجائز حصول هذا المرض للكهول والمصابين بامراض طويلة المدة كالتيفوس والسل الرئوى والسرطان فيتكون عند هؤلاء أيضا الفطر المعروف بفطر التعفن (ميسيليوم)

(الاعراض والسير) - متى ابتدأ تكون القلاع شوهدت نقط مفرطحة بيضاء فى الغشاء المخاطى للسان أو الشدقين ثم يمتد الفطر الى ما بقى من غشاء الفم بل الى غشاء الحلق والبلعوم والمعدة والحنجرة والحفر الانفية ولكن لا يصيب الغشاء المخاطى ذا الخلايا الاسطوانية وبالبحث الدقيق علم ان هذا الفطر ينبت فى سمك الطبقة البشرية وانه متكون من الوايوم الابيض واذا حك جزء منه وبحث بالمنظار المعظم يرى فيه الياف خيطية وخلايا

نباتية وفى العادة يحصل من وجود الفطر التهاب فى ولذا يتعسر كل من الرضاعة والمضغ ويصحب الازدراد ألم ويكون طعم الفم حمضيا بسبب الفطر واذا أصيب بالقلاع طفل جيد البنية وعولج كانت العاقبة جيدة وأما اذا كان ضعيف البنية ولم يعالج فلا يخلو من الخطر لانه ربما يمتد الى القناة الهضمية وأما ظهوره عند الشيوخ والكهول فيدل على حالة عمومية سيئة

(المعالجة) — تنحصر فى نظافة الثدى الصناعى واعطاء الالبان الجيدة وتحسين حالة لبن المرضعة وتنظيف الفم دائما بالماء ومس النقط البيضاء بمحلول كلورات البوتاسا أو البورق ونحن نعالجه بتنظيف الفم بخرقة مغمورة فى محلول ملح الطعام ثم مس المحال المصابة بفرشة مغمورة فى محلول مكون من

جليسرين نقى ٣٠ جراما

بورق . . . .
كلورات بوتاسا } من كل نصف جرام

(المبحث الرابع فى التهاب اللسان)

الالتهاب الاصلى للسان نادر ويشاهد فى بعض المنسوج أو فى تمامه ويكون حادا فى بعض الاحوال

(الاسباب) — الغالب أن يحصل هذا الالتهاب عقب مؤثر كلدغ اللسان بنحلة أو زنبور أو كيه أو حرقه أو جرحه

(الاعراض) — هى انتفاخ اللسان وتألمه وخروجه من الفم فى الاحوال الخطرة وستره بطبقة قيحية ووجود تسلخات على سطحه وقروح وحينئذ يصعب الكلام ويتعسر المضغ وتلتهب أغشية الفم وتحتقن العقد الليمفاوية وترتشح ويكثر اللعاب حتى يضايق المريض ويحصل من ضخامة اللسان عوق التنفس بل وقوفه أحيانا وينتهى بالتحليل أو بتكوين خراج وهناك نوع يحصل فيه للسان انتبارات حلمية وقد تطرأ أعراض غير ماذكر كالحمى المرتفعة الحرارة وزيادة النبض واحتقان الوجه أو تغيره تغيرا سيانوزيا قليلا

(المعالجة) — تكون بوضع الجليد واستدامته ان أمكن وتشريط اللسان تشريطا غائرا

لخروج كمية من الدم فان فيه فائدة ومتى تكون القيح فى جزء من اللسان وحس بالتموج لزم فتح خراجه وبذلك ينصرف ولا يلتجأ لفتح القصبة الا اذا تعذر التنفس من شدة الورم وهذا نادر

ونضيف الى هذا المرض نوع التهاب آخر يسمى بصدفية اللسان وسببه مجهول ويتصف بسماكة بعض مواضع من الغشاء المخاطى للسان وباطن الخدين أو الشفة فيكتسب اللسان هيئة الرسم الجغرافى ولذا يسمى باللسان الجغرافى وتمكث هذه الحالة سنين لا يحصل منها تعب الا اذا قويت شدتها وتشغل فكر المرضى خصوصا اذا كانت بنيتهم زهرية

ونضيف اليه أيضا حالة مرضية تصيب اللسان فتتكون بقعا بيضاء تزول ثم تعود ولا يحصل منها ألم الا اذا تسلخت أو تقرحت

(المعالجة لهذين النوعين) — تنحصر فى نظافة الفم ومس الجزء المريض بمحلول حمض البوريك

(المبحث الخامس فى غنغرينا الفم ويسمى بالسرطان المائى) (نوما)

هو مرض يحصل فى باطن الخدين

(الاسباب) — يبتدئ هذا المرض من غير سبب معلوم بإماتة أنسجة الشدقين أو أحدهما وغالبا بالجزء الذى يجاور زاوية الفم وتكثر اصابته للاطفال الضعفاء وسيئ التربية ويندر فى الشيوخ والكهول كما ندر ظهوره أوليا بل يكثر عقب أمراض خطرة كالحصبة والقرمزية والتيفوس والتهاب الرئة وغير ذلك من القروح الفمية والمرضية ومن الجائز أن يكون سبب هذا المرض آفة ميكروبية ولكن لم تعلم نتائج الابحاث الخاصة بذلك وكثيرا ما يحصل فى الاقاليم المتوسطة الرطوبة كهولاندا

(الاعراض) — فى هذا المرض يشاهد من الظاهر أوزيما صلبة وارتشاح يمتد فى جميع سمك الخد ويصير الغشاء المخاطى أخضر وسخا ويعقبه تمدد غنغرينى يتلف الشدق والاجزاء المجاورة فتنفصل شرائح وتسيل مادة دموية من ذلك ومن تجويف الفم وتمتد الاوزيما الى النصف المريض من الوجه وتنتفخ العقد الليمفاوية المجاورة وتحتقن ويحصل من ازدراد السائل الناتج من الغنغرينا ململ ومن نتن الفم غثيان شديد وعلى العموم تكون

الحمى نادرة ومتى حصلت وصلت درجتها الى ٤٠ فصاعدا والحالة العمومية تقاوم أوائل المرض زمنا ثم يحصل الضعف تدريجيا وأحيانا يحصل الامتصاص العفن فتظهر الحمى والهجيرى (الهذيان) وربما يعقبه التهاب رئوى فصى بسبب دخول جزيئات من المنسوج الغنغرينى فى الرئة

(الانذار) - انتهاء هذا المرض محزن عادة فيندر الشفاء متى امتدت الغنغرينا وأما اذا وقفت كان الشفاء متوقعا فتسقط الاجزاء الميتة ثم يحصل الالتحام ببطء الا أن الوجه يكون مشوها خصوصا اذا كان الجزء المتغنغر كبيرا

(المعالجة) - تنحصر فى اتخاذ الوسائط الموقفة للغنغرينا وانفصال جميع الاجزاء الميتة ويتوصل لذلك بمسها بالحوامض والاحسن بالحجر الجهنمى وثانى كلورور الحديد أو يستعمل الترموكوتير وتنجع هذه الادوية متى كانت الغنغرينا فى أول دور أما اذا تقدمت فلا ويلزم نظافة الفم بالماء المحمض بالساليسيليك أو بالفينيك أو ماء منجانات البوتاسا وتعطى المقويات من الباطن

(المبحث السادس فى الالتهاب الفمى التقرحى)

هذا مرض يتصف بالتهاب الغشاء المخاطى الفمى ولاسيما اللثوى مع تكون قروح ونتانة فى الفم

(الاسباب) - هذا المرض اما أن يكون وبائيا أو غير وبائى فالوبائى يظهر فى السجون والتكايا والمعسكرات وغيرها من المجتمعات العمومية ويكثر فى المدن عن القرى وفى الاماكن المظلمة الرطبة وعند الفقراء كما شوهد ذلك كثيرا وللاقاليم دخل فى نموه اذ شوهد كثيرا فى البلاد الهولاندية وكل من ضعفاء البنية والانيماويين واللينفاويين والاسكربوطيين والديابيطيين عرضة لهذا الداء

وأما غير الوبائى فلا يمكن تعيين أسبابه غير أنه يشاهد عند أشخاص من عائلة واحدة أو فى منزل واحد وعند بروز الاسنان والالتهاب التقرحى الناتج من استعمال بعض أدوية مباشرة أو غيرها كالكاويات والزئبق واليود

(الاعراض) - يحس المريض بتسلخ البشرة وحرقة فى جزء من غشاء الفم تشتد عند

تعاطى الاطعمة ويظهر ذلك أولا فى الجزء المرتفع بين سنين من لثة الفك السفلى فيحمر ويدمى بسهولة ثم بعد يومين أو ثلاثة يغمو ما يحاذى هذا الجزء ويصير لينا رخوا ذا لون سنجابى ويتقرح واذا بحثنا عن متحصل قرحة اللثة بالمنظار المعظم رأيناه مكونا من خلايا وكرات صديدية وميكروب وحيوانات دقيقة تعفنية بل اذا بحثنا فى باطن الخدين رأينا فيه تقرحات كالاولى وقد يحصل انتفاخ فى الشفتين والخد وتتصاعد من الفم رائحة كريهة منتشرة وتحتقن الغدد المجاورة تحت الفك وتحت اللسان والعنقية وكذلك اللعابية الاخرى ويصير افرازها غزيرا يلوث وسادة النوم ويؤثر تأثيرا حمضيا وقد يكون مدمما ذا رائحة نتنة والاسنان تصير غير ثابتة يمكن قلعها بالاصابع من غير ألم وقد يشترك اللسان أيضا فى الالتهاب فتوجد أعراض الالتهاب الفمى المتقدم وحالة المريض العمومية تكون عادية أحيانا وأخرى ضعيفة وقد توجد حالة حميدة ويتغير طعم الفم كما فى الالتهاب الزئبقى واليودى

(التشخيص والسير) - أما التشخيص فيعلم من الاعراض الموضعية المذكورة وأما سيره فيكون تارة حادا وتارة مزمنا

(المعالجة) - يلزم أولا تدارك السبب ثم تستعمل الغراغر من كلورات البوتاسا ومن حمض الفينيك من كل جرامان فى المائة ومن فوق منجانات البوتاسا جرام فى المائة ومن خلات الالومين (٥) فى المائة ثم يؤخذ من أحد هذه المحاليل مقدار ملعقة ويوضع فى قدح من الماء وعند الاطفال يستعمل المس بهذه المحاليل وتعطى كلورات البوتاسا من الباطن والادوية المقوية والاغذية الجيدة

(المبحث السابع فى سيلان اللعاب)

هذا مرض يوصف بزيادة افراز اللعاب

(الاسباب) - ينشأ سيلان اللعاب من أمراض الفم والاسنان والمعدة والعقل ومن تعاطى بعض أدوية بكمية زائدة كاملاح الزئبق واليود والنحاس والفضة والزرنيخ ومن تأثير استطالة الجماع وتهييج المراكز العصبية ورؤية بعض أطعمة يتوق اليها ومن بعض أمراض حمية وديدانية لان أغلب هذه الاحوال ينبه غدد اللعاب بتأثير الفعل المنعكس ولبعض المواد العضوية والقلوية تأثير أيضا فى زيادة افراز اللعاب وذلك كأوراق

الجابوراندى والبيلوكاربين والفيزوستجمين والنيكوتين والديجيتالين فاذا أريد الحصول على كمية كثيرة منه يعطى منقوع الجابوراندى أو يحقن تحت الجلد بسنتيمتر واحد من كلورايدرات البيلوكايين ثم تدخل أنبوبة رقيقة فى قناة الغدد اللعابية فبهذا تخرج كمية وافرة منه

(الاعراض) — تنحصر فى زيادة افراز اللعاب من غدده عن الحالة المعتادة فان الانسان سليم البنية يفرز من اللعاب كمية تختلف من ٢٠٠ سنتيمتر مكعب الى ١٥٠٠ أما المريض فيزيد افرازه عن ذلك فقد تصل كميته الى ١١٠٠٠ فى ٢٤ ساعة حتى أن بعض المرضى لايمكنهم استمرار الكلام ومن كثرة ازدراده يتألم مجراه وقد تترا كم كمية منه فى غدده فيكبر حجمها

(صفة السائل) — اللعاب المنفرز تختلف صفته وكميته تبعا لاختلاف أمراض الفم اما تأثيره فاما حمضى أو قلوى وكونه حمضيا أكثر اذا استمر تلعبه فى الفم مدة ومتى ترك ترسب منه رواسب مكونة من خلايا بشرية وجسيمات مخاطية وبلورات من كربونات الجير وزلال وقد توجد كرات قيحية وأما مدة سيلانه فتارة تمكث زمنا قليلا وتزول وتارة تمكث أشهرا بل سنين وحينئذ يسيل بالليل أيضا فيحدث الارق ويبل الوسادة والفراش أو يدخل فى الحنجرة فيحرض السعال أو يدخل فى البلعوم فيحدث ازدرادا متكررا وكل ذلك يشق على المريض فضلا عن كون الكمية المزدردة تملأ المعدة اذا كثرت فتنبهها وتحدث قيئا من المواد اللعابية فتضطرب المعدة وتحصل النحافة والسقم

(المعالجة) — يعالج السبب فاذا لم يزل لوجوده فى المراكز العصبية تستعمل كبريتات الاتروبين حبوبا كل يوم ثلاث حبات كل حبة مشتملة على نصف ملليجرام أو يحقن تحت الجلد من هذا الملح وقد تستعمل الغراغر القابضة والافيون

(الباب الثانى فى أمراض الحلق)

(المبحث الاول فى التهاب اللوزتين واللهاة)

التهاب اللوزتين واللهاة كثير الحصول ويعرف بالذبحات الحلقية واصابتها للاشخاص فى سن الطفولية أكثر منها فى غيره

(الاسباب) — ينشأ هذا الالتهاب من تأثير المهيجات والكاويات والصريخ والغناء فى متسع غير مسقوف وفى الليالى الرطبة الباردة ولذا تكون الاصابة به فى فصل الشتاء أكثر منها فى غيره كما ان المزاج الليمفاوى أكثر عرضة له من غيره وكثيرا ما يضاعفه الزكام والتهاب ما يجاوره وبعض حميات طفحية كالحصبة والقرمزية والجدرى

(الاعراض والسير) — أما الموضعية فمتى تأمل الانسان فى حلق المصاب بالالتهاب الحلقى يشاهد احمرار الغشاء المخاطى المبطن للهاة واللوزتين وانتفاخه وستره بطبقة من مواد منفرزة مخاطية مختلفة السماكة واللون ليس بالابيض الخالص ولا بالاصفر كذلك وقد يرى بعض تسلخات أو طفح حويصلى على سطح هذا الغشاء وحينئذ يحصل عسر فى الازدراد وتنوع فى رنة الكلام ويحس المريض بألم وأحيانا بجفاف فى الحلق واحتقان العقد تحت الفك وأما العمومية فهى الملل وفتور الاطراف وفقد الشهية وحركة حمية مختلفة الشدّة

وأما سير هذا المرض فسريع ومدته بعض أيام ثم ينتهى بالشفاء

(الاشكال) — أشكال الذبحات الحلقية مؤسسة على مجلس الالتهاب فمنها الذبحة الحلقية الغددية اللوزية وتزيد أعراضها عما تقدم بوجود كتل بيضاء مختلفة السعة من ٤ الى ٨ على سطح اللوزتين أو احداهما وفى محاذاة فوهات غددها أو غدد الغشاء المخاطى المغطى لها فتكون كسدد لهذه الفوهات واذا حكت وبحث عنها بالميكروسكوب رؤى انها مكونة من مخاط وكرات بيضاء قيحية وخلايا بشرية وباكتيريا وفى هذا الشكل قد ترم اللوزتان ورما خفيفا ويتكون فيهما رواسب جيرية

ومنها الذبحة الحلقية الجوهرية أى التهاب منسوج اللوزة وفى هذه الحالة ترم احدى اللوزتين ويشاهد فى غشائها المخاطى ما يشاهد فى غشاء مخاطى ملتهب من التغيرات المرضية وتتجه اللوزة من كبر ورمها الى الانسية وتدفع الغلصمة امام نفسها واذا أصاب الالتهاب اللوزتين معا وقع ضغطهما على الغلصمة فتندفع الى الامام وقد ينتهى هذا الالتهاب بتكون خراج ويعرف بالورم والمرونة والتموج ويصحب هذه الحالة عسر التكلم والتنفس والازدراد وغنة الصوت وألم مختلف الشدّة فيتغير الوجه ويزرق ولا ينفتح الخراج

الا بفعل مجهود أو بالطبيب

ومنها الذبحة النكروزية في هذا الشكل يلتهب الغشاء المخاطي اللوزي ونفس اللوزة الى ان يحصل موت الجزء الملتهب وسقوطه فيشاهد الجزء الميت مزرقا جافا ينفصل بالتقيح ويلتحم محله تدريجيا ويصاحبه ألم في الحلق وعسر ازدراد واحتقان العقد تحت الفك

(التشخيص) - بمعرفة الاعراض التي ذكرناها أولا والتي تخص كل شكل تعرف الذبحات الحلقية وتميز الدفتيريا عن هذه الاشكال بوجود اغشية كاذبة فيها وبانها مرض عفن معد

(المعالجة) - تستعمل الغراغر الملينة والمسكنة والقابضة والمنوعة من كلورات البوتاسا والبورق مع المس بمحاليلهما ومن الشب ومنجانات البوتاسا وكذا من عصارة الليمون ونحن أول من استعملها في الذبحات ونجحت ويلف العنق بخرقة مبلولة بالماء البارد واذا تكون الخراج يفتح بمشرط مغطى النصل ماعدا سنه وبعد الوقوف على البورة تبط ويمكن أن القيء يفتح الخراج عند تعاطي مقيئ

(المبحث الثاني في ضخامة اللوزتين أو احداهما)

هي ازدياد حجم اللوزتين أو احداهما وذلك يحصل من الالتهابات المتكررة لهذه الغدة ومن المهيجات التي تؤثر عليها خصوصا عند اللينفاوي المزاج

(الاعراض) - اذا نظر لقاع الفم ترى ضخامة اللوزة زائدة بارزة عن موضعها الى جهة الانسية ويرى الغشاء المخاطي المغطي لها حافظا للونه الطبيعي في أغلب الاحوال وقد يتزايد حجم اللوزة حتى تندفع الغلصمة الى الامام وتتوجه للجهة المقابلة وحينئذ تضيق الفتحة الخلفية للفم فيحصل عسر في الازدراد والتنفس وغنة في الصوت ويسمع من المريض وقت النوم شخير وقد تشاهد هذه الحالة في اللوزتين معا فتزداد الاعراض المذكورة

(السير والمدة) - سير هذا المرض بطيء ومدته طويلة فقد يمكث عدة سنين مع اختلاف حجمه نقصا وزيادة وكأن المريض يتعود عليه فلا يتألم به

(المعالجة) - تستعمل القوابض والكاويات والاحسن استئصال اللوزتين بقاطعة اللوزة أو يضغط على واحدة واحدة بجفت وتقطعا بمقص

(الباب

(الباب الثالث في أمراض البلعوم والمريء)

(المبحث الاول في نزلة البلعوم حادة ومزمنة)

أما النزلة الحادة فنادرة الحصول وتشترك مع التهابات اللهاة وأما المزمنة فكثيرة وتحصل تارة من تكرار النزلة الحادة وتارة عقب رذذ في معالجة أمراض الحلق وكذلك تحصل من مؤثرات صنائع وغيرها ولذلك كان من الاسباب هنا الالتهاب البلعومي لمتعاطي الدخان ومدمن الخمر والمغنين والخطباء والمعلمين والفعلة المعرضين لتغيرات درجة الحرارة والابخرة الحضية واخيرا من عوق الدورة الوريدية التي تحصل من أمراض القلب وانفزيما الرئة

(الاعراض) - يكون ملل المرضى خفيفا وان كان لا يمكنهم اداء الوظيفة اللازم لها اجهاد هذا العضو بصوت مرتفع ولا يدركون حصول المرض الا بتنبيهه بالمهيجات ولا يحسون الا بدغدغة خفيفة وجفاف في بلعومهم أو بخدشه أو بحرقه وهذه تحدث عندهم سعالا قصيرا جافا أو مصحوبا ببصاق قليل وتستطيل غلصمتهم حتى تصل الى ظهر اللسان أو الجدار الخلفي للبلعوم ويندر عوق الازدراد وهذه الاضطرابات لا تمكث طويلا وتكون في الصباح أكثر منها في المساء

وبالنظر يرى احمرار واحتقان الغشاء المخاطي البلعومي وانتبارات عديدة رمادية أو حمراء (التهاب البلعوم الحبيبي) وقد تشاهد قروح متسعة كما انه قد يتفق وجود نزلة حنجرية أو أنفية خلفية أو في بوق استاكيوس

(الاشكال) - الاول النزلة المزمنة للمسافة الانسية البلعومية وثلاث حالة تكون فيها التغيرات المرضية للغشاء المخاطي كما هي في الالتهاب البلعومي واعراضها الفسيولوجية تنحصر في التغيرات الوظيفية للفتحة الخلفية للحفر الانفية وأحيانا في تغيرات السمع لاصابة بوق استاكيوس وتكون القشور التي تنفصل من الغشاء المخاطي ذا رائحة كريهة نتنة

الثاني النزلة البلعومية الجافة وهي خاصة بالشيوخ وفيها يضمر الغشاء المخاطي ويصير أبيض اللون أو باهتا لماعا جافا أملس يتألم المريض بمسه

الثالث النزلة الضخامية للبلعوم وتعرف بضخامة الغشاء المخاطى للمسافة الانفية البلعومية فتضيق الفتحة الخلفية للحفر الانفية وبوق استاكيوس ويمكن رؤية هذه التغيرات بالمنظار الانفى

(الانذار) – الالتهاب البلعومى على اختلاف أشكاله مرض عسر الشفاء وماشفى منه أوتحسن يعود بتأثير أى سبب محرض له فيلزم تجنب أسبابه حتى بعد المعالجة

(المعالجة) – يلزم تبعيد كافة الاسباب المذكورة آنفا بقطع النظر عن معالجة أمراض القلب والرئة اذا كانا سببين له والغراغر هنا لا تفيد شيأ لانه لا تصل الى المحل المريض وانما ينفع المس بمحلول ملح الطعام والتنين ونترات الفضة واحد على ٣٠ أو بهذا الممزوج اليودى

يود نقى	١٥ سنتى
يودور البوتاسيوم	٥ ديسى
جليسرين	٣٠ جراما

وأحسن من ذلك استعمال التباخير الدوائية كما أن الدوش (الانتضاخ) الانفى جيد النفع ويمكن فعله بواسطة منضخة (طلومبه) معتادة واستعمال محاليل مختلفة من ملح الطعام أوبى كربونات الصودا واحد فى المائة ومن كبريتات الخارصين ١٫٠ على ١٠٠٠ ونستعمل أيضا الادوية المسحوقة سواء كانت قابضة أومنوعة بواسطة المنافيخ المختلفة ونضيف الى ذلك استعمال ماء أمس ورانجهال وكرايتس ناخ والمياه الكبريتية كقابل باخ وانجن وبادن وحلوان ومارين بادو يلزم منع المريض من استعمال النشوق ومن كثرة شرب الدخان

(المبحث الثانى فى التهاب المرىء وقروحه)

الاشكال المختلفة لهذا الالتهاب وقروحه ليست ذات أهمية كلينكية لان الخطر فيها نادر ولو وجد كان نتيجة أمراض سابقة مختلفة

(الاسباب) – يحصل التهاب غشاء المرىء من ازدراد المواد المهيجة له كيماوية كانت أوميخانيكية أومن تأثير جسم حار ويشاهد أيضا فى أثناء أمراض عفنة عمومية كالتيفوس

والقرمزية

والقرمزية وغيرهما وقد يحصل من امتداد التهاب الاعضاء المجاورة ومن عوق الدورة الدموية التى تحصل عقب أمراض القلب وحينئذ يكون التهابا مريئيا مزمنا وهذا النوع يصحب أمراضا أخرى مريئية كالسرطان مثلا

(الاعراض) – يقل افراز الغشاء المخاطى وتنفصل بشرته على هيئة قشور ويعقب ذلك تسلخات نزلية ولذا سمى بعضهم تلك الحالة بالنزلة القشرية وفى بعض الاحوال تنتفخ الغدد المخاطية المريئية وتكون كعقد صغيرة ويسمى هذا النوع بالنزلة الغددية الانبوبية ويخلف سقوط فوهات تلك الغدد قروح سطحية وقد تتكون حلمات صغيرة على سطح الغشاء وتوجد سماكة فى بشرته خصوصا فى النزلة المزمنة ويوجد ألم فى طول القناة المريئية أوفى نقطة منها وقت مرور الاطعمة واذا اشتد الالتهاب زاد الالم أو صار غير مطاق وصعب الازدراد مع زيادة الاحساس فيه

وقد شوهد التهاب كروباوى ودفتيرى فى المرىء مرارا مع ندرة ذلك فيه كندرة الالتهابات الغلغمونية له وربما تتكون خراج فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى فيدفع القيح المجتمع الغشاء امامه وربما ينثقب فيخرج القيح منه وأحيانا يشغل محلا واسعا وبعد الاستفراغ يحدث تجويف تحت الغشاء المخاطى وربما لا يلتحم بتكون خلايا جديدة الا بعد مضى زمن طويل وأسباب هذا الالتهاب التقيحى اما أجسام غريبة وقفت فى المرىء أووجود بورة قيحية مجاورة كخراج عقدى أوعظمى أوغضروفى أوعقب كى البلعوم بجواهر كاوية سامة فتحصل خشكريشة يعقب سقوطها نزيف مختلف وقد يصل الكى الى المنسوج العضلى فيحصل ضيق فى المرىء عقب التحام القرحة

(المعالجة) – تكون المعالجة هنا عرضية فتعطى الاغذية الملينة ويعالج الالم بالمورفين أوبابتلاع الجليد قطعا

(المبحث الثالث فى تمدد المرىء)

تمدد المرىء اما أن يكون مغزلى الشكل محدودا أواسطوانيا

(الاسباب) – ينشأ هذا المرض عن ضيق الفؤاد وعن أثر التحام المرىء وسرطانه وضعف طبقته العضلية وضغط جزء منه

(الاعراض) – يحس بتمدد جزء من المرىء خارج الصدر أو داخله عند مرور البلعة الغذائية وأحيانا تتكون جيوب مريئية فتحدث تمدداجزئيا فى جدار المرىء امامن دفعه الى الخارج أو من جذبه بالالتحام الالتصاقى الموجود فى نقطة منه الناشئ ذلك من أمراض مجاورة أو من حصول أثرة التحام ضيقت ما يحاذيها واتسع أعلاها

(المعالجة) – تكون بتوسيع الفؤاد وتغذية المريض بواسطة مجس معدى واذا تعذر ذلك تفعل التغذية من المستقيم أو بفعل ناسور معدى

(المبحث الرابع فى ضيق المرىء)

(الاسباب) – ينشأ هذا المرض من سرطان المرىء و بوليبوسه وقروحه والتحامها ومن ضغط الاورام المجاورة له وأنورزما الاورطا وأورام العقد الليمفاوية والجسم الدرقى ومن خراجات الفقرات واختلاف منشأ الشريان تحت الترقوة اليمنى ومن دخول الاجسام الغريبة وضخامة الالياف الحلقية للمرىء

(الاعراض) – يصعب مرور الاطعمة و يعسر الازدراد بدرجة مختلفة ولا يصل المجس المريئى الى المعدة بسهولة بل يقف فى محاذاة الضيق و يعرف مجلس هذا الضيق بالقياس فان مسافة ما بين حافة الاسنان والفؤاد تبلغ ٤٠ سنتيمتر وما بين الاسنان لطرف المرىء العلوى يبلغ ١٥ سنتيمتر وأما طبيعة الضيق فتعرف بسوابق المريض والاعراض المصاحبة له وعلى العموم كل شخص أصيب بهذا الداء يضعف وينحف ويسقم وفى أغلب الاحوال يموت

(المعالجة) – يبادر أولا باخراج الجسم الغريب اذا وجد وازالة تمدد المرىء باتساع ضيقه بواسطة مجسات من الصمغ المرن كالقساطير وكيفية العمل أن تضع اصبعك فى الفم على قاعدة اللسان لترشد المجس ثم تدخله بلطف من غير قهر حذرا من تمزق المرىء وتكرر ذلك مرارا متنقلا من مجس الى مجس أرقى حتى تصل الى ادخال مجس غليظ واذا لم تنجح القسطرة ولم تتيسر التغذية بالمجس تتخذ التغذية من المستقيم واذا وجدت موانع من ذلك ولم يمكن زوالها يفعل ناسور معدى أو مريئى على حسب مجلس الضيق ليتوصل الى التغذية ومواد الغذاء فى هذه الحالة والتى قبلها هى اللبن والمرق والبيض النيئ واللحم

البنكرياسى والدقيق اللبنى وما أشبه ذلك

(المبحث الخامس فى سرطان المرىء)

سرطان المرىء هو مرض كثير الحصول ينشأ عنه غالبا ضيقه وطبيعته بالنسبة لتركيب الطبقة الباطنة للمرىء بشرية عادة فتارة يكون ورما صلبا ذا ألياف خلوية عديدة حادثة التكوين وتارة يكون ورما رخوا قليل الالياف الخلوية كالاورام الفطرية وهذا يكون فى منطقة المرىء على شكل حلقة مرتفعة من ٣ سنتيمتر الى ١٠ تقريبا ويكون مجلسه غالبا الجزء السفلى وقد يصيب الجزء المتوسط ويندر فى الجزء العلوى

(الاسباب) – لا يعلم من أسبابه الا القليل كالمؤثرات المهيجة التى تحدث التهاب المرىء فانها تساعد على حدوثه سواء كانت كيماوية أو ميخانيكية أو تأثير حرارة وكقروح المرىء وجروحه باجسام غريبة وقد تهيجه أيضا المشروبات الروحية وقد يتكون السرطان على أثر التحام قديمة وهو كاغلب السرطانات لا يصيب الا الطاعنين فى السن أى من عمرهم من ٤٠ الى ٦٠ سنة خصوصا الرجال

(الاعراض) – أول علامة تدل على وجود السرطان هى ضيق المرىء باختلاف درجاته كما تقدم وقد يحصل على شكل لطخ وحينئذ لا يزاحم الازدراد بل يأخذ فى الاتساع و يقطع المرض أدواره بدون أن يعرف بعلامة أكيدة اكلينيكية و يكون الضيق خفيفا فى الابتداء لداعى تقرح الورم السرطانى فيسهل الازدراد ولكن هذه السهولة تزول بتقدم المرض ومن علامات السرطان أيضا امتداده الى الاعضاء المجاورة كالمعدة (ورم فى القسم الشراسيفى) والشعب وثقبها والى البليورا والتامور والاورطا والعمود الفقرى وضغط النخاع وأحيانا ضغط الاعصاب الراجعة وشلل الاحبال الصوتية وغنغرينا الرئة ومنها أيضا انتقال مواد السرطان بالامتصاص الى أعضاء أخرى كالرئة والكبد والكلى والبنكرياس والمخ

(المعالجة) – تكون عرضية فقط فتعالج الاعراض بما يناسبها الان هذا المرض عضال لا يتوصل الى شفائه و يمكث من سنة الى سنة ونصف تقريبا ومتى تعسر أو تعذر الازدراد يغذى المريض بالكيفية التى ذكرناها فى ضيق المرىء

(الباب الرابع فى أمراض المعدة)

المبحث الاول فى النزلة المعدية الحادة وتسمى بالالتهاب المعدى الحادّ

وهى حالة مرضية قابلة للشفاء لا يتيسر لنا رؤية تغيراتها المرضية بالعين كما نراها فى التهاب الفم والبلعوم فلا ترى تغيرات هذا المرض الا بعد موت المصاب به بمرض آخر نعم بمقارنته بالأغشية المخاطية الملتهبة يمكن مشاهدة تغيرات مشابهة للتى سبق الكلام عليها فى تلك الالتهابات فقولهم انها حالة مرضية تتصف بعسر الهضم بلا ظهور تغيرات مرضية صحيح لكن هذا القول لم تثبته الصفة التشريحية

(الاسباب) - من الاسباب المؤثرات التى يقع فعلها على الغشاء المخاطى مباشرة سواء كانت كيماوية أو ميخانيكية وكذا الاطعمة والمشروبات شديدة الحرارة أو البرودة والافراط منهما ومن المشروبات الروحية وبعض الادوية وتناول بعض مواد سمية تعفنية وكذا الاطعمة المتعفنة كاللحوم والاسماك التالفة وما شابهها لانها تؤثر على الغشاء تأثيرا مهيجا كتأثير الجواهر الكيماوية والمواد العضوية التالفة بسبب نمو ميكروبها ونضيف الى ذلك تأثير البرد على الجلد عند بعض الناس والاطفال الضعاف والانيماويون والمحمومون والناقهون ومن تكون تغذيتهم غير كافية عرضة لهذا المرض لقلة حمض المعدة وضعف حركاتها عندهم

(الاعراض) - العرض الكثير الحصول هو الغثيان وكراهة الاطعمة لتخيل المرضى أنها تفهة الطعم ولذا يفضلون كثيرة التوابل والمالحة والحامضة ويحسون بثقل وامتلاء فى القسم الشراسيفى ويندر احساسهم بألم شديد وأحيانا يحسون بالحركة الديدانية للمعدة وقد يحصل من الغثيان القيء وتكون مواده فى أغلب الاحوال غذائية غير منهضمة محتوية على مخاط أو صفراء أو غازات واللسان يكون فى معظم الاحيان جافا مغطى بطبقة وهذا ما يلجئهم الى كثرة الاحساس بالعطش ويكون طعم الفم مرا والنفس نتنا وقسم المعدة حساسا متمددا وعلى كل حال تكون حالة المرضى العمومية متغيرة فى الاشكال الثقيلة للنزلة المعدية حتى تقل قواهم ولا يكون عندهم قدرة على الاشغال وقد يوجد عندهم حركة حمية أو حالة تيفوسية مصحوبة بأعراض عصبية كألم فى الرأس وتشنج الخ وتعرف حينئذ بالحمى

المعدية التى يجوز أن تكون ناتجة من انتشار العفونة المرضية فى المعدة من تحليل الاطعمة المحدثة للتسمم وخصوصا من تكون الايدروجين المكبرت (سيانوز) والمضاعفات هنا كثيرة نخص منها بالذكر ما يظهر من جهة الامعاء فيوجد امساك وأحيانا اسهال واذا امتدت النزلة الى الاثنى عشرى حدث يرقان نزلى وأحيانا هربس شفوى ومدة هذا المرض قصيرة فيحصل الشفاء بعد مضى أيام قليلة وقد تحصل النكسة

(المعالجة) - متى تحققنا وجود أطعمة غير مهضومة فى المعدة وجب الاسراع الى اخراجها بواسطة مقيء واذا خشى من تهيجه يستعمل الحقن تحت الجلد بسنتى واحد من الابومورفين ومع ذلك يمكن الطبيب معالجة المرض بغير المقيء بأن يلجئ المريض الى الحمية القوية حتى لا يتغذى الا بالشوربة والمستحلبات ويستعين بحمض الكلورايدريك فيعطيه من ١٠ الى ١٥ نقطة مضافة الى نصف كوب من الماء هذا اذا كان التجشؤ والقيء غير حمضيين أما اذا كان أحدهما حمضيا فتعطى الادوية القلوية كثانى كربونات الصودا والمانيزيا وتعطى صبغات الادوية المرة كالجنطيانا والراوند ويوقف الالم والقيء بالمسكنات كالافيون أو يؤخذ من

ماء الغار ١٠ جرام
كاو رايدرات المورفين ٥ »

ثم يستعمل منه ١٠ نقط على قطعة ثلج ويعطى للامساك الملينات والمشروبات الباردة والحمامات الساخنة ويعطى من المياه ماء الصودا وماء جيسهوبلر وعند اللزوم توضع اللبخ الساخنة على المعدة

(المبحث الثانى فى النزلة المعدية المزمنة)

حيث ان النزلة المعدية المزمنة تعقب الحادة اذا تكررت فاسباب هذه هى عين أسباب تلك فلا حاجة لاعادة ذكرها وقد يكون لبعض الناس استعداد لها وقد يضاعفها من الامراض ما يحصل فيه عوق دورة الدم كضمور الكبد وانسداد الوريد الباب وأمراض القلب والرئة المزمنة

(الاعراض) - هى فقد الشهية والاحساس أحيانا بألم وثقل وتمدد فى قسم المعدة وتغير

طعم الفم بالمرارة أو الملوحة ويوقان الاطعمة المالحة واللسان يكون رمليا أحمر الحوافى والقمة ويصير افراز اللعاب أحيانا غزيرا ويكثر التجشؤ وتقل المواد الحمضية مثل الايدروجين والكربونيك وكذا الغازات مثل غاز الاشتعال فينشأ من ذلك حرارة خلف القص وغثيان بعد تناول الطعام ربما ينتهى بقئ مواده غذائية مصحوبة أحيانا بدم ومخاط وقد تصير مواد الاغذية حمضية من تكون حوامض لا تعادل حمض الكلورايدريك وقد يكون تأثيرها معتدلا أحيانا

ومنشأ هذه الاعراض اضطراب الهضم أى حصول تغير فى تتميم الوظائف الفسيولوجية للمعدة لان دورتها لا تتم حال التهابها كما تتم فى الحالة المعتادة ولذا يقل افرازها لانه يوجد فى العصير المعدى عنصران فعالان للهضم وهما البيبسين وحمض الكلورايدريك فالقليل من الاول يؤثر هضما واذا قل الثانى تعطل الهضم كما فى النزلة المزمنة فاذا استدام هذا الحال أو تكرر حصل ضمور الغدد المعوية فينتج من ذلك عدم تأثر بعض الاطعمة من قلة الحمض بل تتخمر ويتكون فيها حمض اللبن وحمض الليمون والزبد والخل وكذا الكؤول الخ ومكث هذه المواد الحديثة فى المعدة يؤثر على الغشاء المخاطى لها وبذلك تستمر النزلة المزمنة وتستطيل مدتها

وهنالك عنصر آخر يحدث اضطراب الهضم أيضا وهو زيادة افراز المواد المخاطية لان تأثيره قلوى معادل لحمض المعدة فتقل قوته الهاضمة فزيادة افراز المواد المخاطية يكون جسما يعوق حركة المعدة لان ما ينتشر منه يحيط بالكتلة الغذائية ويكون طبقة على سطحها فلا يؤثر العصير المعدى فيها وبذلك تمكث الاغذية مدة فى المعدة بغير أن يتم هضمها

وحيث ان اضطراب حركة المعدة فى هذه النزلة ذو أهمية لزم شرح الحركة حالى الصحة والمرض ففى الاولى تتحرك المعدة حركة ديدانية بها تنتقل الاغذية من نقطة الى أخرى فتختلط بالعصير المعدى وبذا تتم الحركة الميخانيكية للهضم وفى الثانية وهى حالة النزلة المعدية تكون الحركة ضعيفة لكون منسوج المعدة صار أوزيما ويافتبقى الكتلة الغذائية مدة فى المعدة وتتكون فيها غازات تمددها فتضعف الالياف العضلية وبذلك لا تتم حركتها فيحصل بطء الهضم ومثل ذلك اضطراب الامتصاص لانه علم من تجارب (ليدويج) ان

البيبتون يمتص باوعية المعدة ومتى طرأت النزلة المعدية لا يتم هذا الامتصاص فتبقى فى المعدة كمية زائدة منه فتعطل استحالة المواد الزلالية فيتعسر هضمها وامتصاصها

وتتصف النزلة المزمنة عند مدمنى الخمر بحصول قئ خصوصا وقت الصباح والسائل المتحصل من ذلك ذو قوام مائى وتأثيره قلوى وجزء منه مكون من لعاب مزدرد واذا بحثنا عن مواد هذا القئ لا نجد علامات خصوصية فيها بل نجد انمياع الخميرة والسارسين (أى ازرادهما) وبحث قسم المعدة ظاهر الا يظهر شئ غالبا خلا تأثرها بالضغط وتمددها قليلا الذى يعلم ابتداؤه بالقراقر التى تحس بالجس

(البحث عن متحصل المعدة بواسطة المجس المعدى) — حيث ان البحث الظاهرى للمعدة لم يفد فائدة تامة لزم البحث عن متحصلها بالمجس لاهميته وأول من وصف هذه الطريقة لبيان أمراض المعدة (لويب) وبها عرفت أحوال حقيقية واستحالة مختلفة تصحب الفعل الهضمى فلذا يلزم البحث به متى وجدت أمراض معدية مستمرة لاجل تحقيق التشخيص وان كان ادخال المجس فى المعدة يشق على المريض ولا يمكن دوام استعماله اثناء المعالجة ومن المعلوم ان زمن اتمام الهضم من ٤ ساعات الى ٦ تقريبا فاذا زاد عن ذلك وأردت معرفة عسره من عدمه فاحقن المعدة بماء قراح بعد مضى هذا الزمن فاذا رجع مصحوبا بفضلات كان عسر الهضم موجودا والا فلا ولاجل الحصول على العصير المعدى تدخل المجس المرن (لنيلاتون) بعد تناول الاطعمة بساعتين ثم تأمر المريض بالسعال أو تضغط على بطنه فتتحصل مما اشتملت عليه المعدة على كمية تبحث عنها التعرف تركيبها وخواصها وهذا العصير يؤثر على المواد الزلالية ويهضمها بقوته الفعالة بسبب حمض الكلورايدريك ويعرف وجود حمض منفرد فيه بتأثيره على محلول التربيولين الاصفر حيث يصيره أحمر كما يصير الورق الازرق لكونجو أحمر ولاجل ان تميز نوع الحمض تستعمل بنفسج المتيل فانه يصير بحمض الكلورايدريك أزرق ولا يتغير بحمض اللبنيك كما سيأتى ذلك فى موضعه بأجلى بيان

(المضاعفات) — تشترك الامعاء مع هذا المرض فيحصل امساك عادى أو اسهال أو تتكون غازات فى المعدة فينتفخ البطن ويحصل يرقان والبول يكون حمضيا خفيفا لعدم

افرازه بالمعدة وقد تصحب هذه النزلة بالماليخوليا والالم الرأسى أو الضعف العقلى والدوار المعدى الذى ينشأ من امتصاص المواد العفنة بالمعدة وتضعف القوة العمومية لقلة التغذية وضعف امتصاصها ولذا ينحف الجسم ويجف الجلد وتربد بشرته

(المدة) - هذا المرض يمكث سنين عديدة بين خفة وشدة الاعراض بسبب التأثير الخارجى ولا يميت بنفسه بل بالضعف الذى يعقبه

(التشخيص) - تعرف تلك النزلة بوجود علاماتها التى سبقت وتتميز عن الامراض الاخرى للمعدة بالاعراض التى تصحبها وسنتكلم عليها فى مواضعها

(التشريح المرضى) - يوجد تغير الغشاء المخاطى واحتقانه ويكون سطحه أملس أو حبيبيا وسمكه زائدا خصوصا المنسوج الخلوى تحته وترتشح الالياف العضلية وتشاهد هذه الحالة قريبا من الفؤاد ويوجد تمدد فى بعض الغدد واكياس وعلى العموم تزيد جدر المعدة سماكة

(المعالجة) - ان كانت هذه النزلة تابعة لمرض القلب والرئة أو الكبد من عوق دورة الدم لزمت معالجة أمراض هذه الاعضاء أولا أما ان كانت أصلية فتعالج باتباع حمية مخصوصة وتجنب ما يعسر هضمه كالفواكه والخضراوات كثيرة الالياف والبطاطس والدقيق والاطعمة الدهنية لان الدهن يمنع تأثير العصير المعدى فى الاغذية وتتكون منه حوامض دهنية يحصل منها قلس ويلزم ان تكون الاطعمة التى تتعين للتغذية مجزأة تجزئة مستوفاة ويلزم لمتعاطى الكؤل تخفيفه تدريجيا كما يلزم استفراغ المعدة عند امتلائها بواسطة المنفخة (الطلومبه) المعدية وأما الادوية الباطنية فمنها حمض الكلورايدريك من ١٠ الى ١٥ نقطة وبعض الاشخاص تناسبهم المعالجة اللبنية وآخرون المياه الحديدية والمركبات القلوية مثل

بى كربونات الصودا ٢ جرام
سكر أبيض ٣ «

ثم تقسم على ١٠ أوراق ويعطى المريض منها فى اليوم ٣

ومثل

حمض

حمض الكلورايدريك ٣ جرام
صبغة المر ... } من كل ١٠ «
ماء الغار الكرزى }

يؤخذ من هذا فى كل أكلة عشرون نقطة ويعطى من البيبسين النشاوى ٢ سنتى بعد كل أكلة ومما يساعد على الهضم كربونات الصودا أو ملح الطعام لانهما ينبهان الغدد المفرزة فتقوى على اذابة المواد المخاطية وهذا القلوى أو ملح الطعام يقومان مقام المياه المعدنية كمياه كارلسباد دواس وفيشى وغير ذلك

واذا كان هناك قئ يعطى حمض الكلورايدريك أو من حمض السالسليك (٥) سنتى مسحوقا والكريازوت وقشور كوندورانجو ويمكن اعطاء تحت نترات البزموت وهذا المركب وهو

كبريتات الخارصين ١ سنتى
ماء قراح ١٨٠ جرام
كلورايدرات المورفين ٧٥ مللى

يؤخذ منه ثلاث ملاعق كل يوم ويعالج ألم المعدة بالمسكنات

(المبحث الثالث فى الالتهاب المعدى الفلغمونى)

هذا التهاب تقيحى نادر ولا يعلم سببه غالبا وقد يوجد فى بعض الاحوال النفاسية الخطرة التى يحصل فيها امتصاص صديدى نفاسى وينقسم الى محدود وهو ما يكون خراجا فى المعدة والى منتشر ومجلسه فى الحالتين المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى ومنه يمتد تارة الى طبقة المعدة العضلية ثم الى المصلية وتارة يمتد الى طبقة مخاطية

(الاعراض) - أعراضه تنحصر فى اضطراب معدى يعرف بمغص شديد وقئ وحمى وملل قوى وفتور أعضاء وألم رأسى شديد وبعلامات الامتصاص الصديدى ثم ينتهى هذا المرض بالموت وربما ينتهى بالشفاء

(التشخيص) يتعسر تشخيص هذا المرض تشخيصا حقيقيا

(المعالجة) - تكون عرضية فقط فيعطى الجليد من الباطن أو يوضع من الظاهر وكذا المسكنات

(المبحث الرابع فى الالتهاب المعدى التسممى)

يحصل هذا الالتهاب فى المعدة من دخول جواهر سمية مهيجة سواء كان دخولها عمدا أولا

(الاسباب) - هى الجواهر السمية الكاوية والحوامض والقلويات وبعض الاملاح وبعض السموم نباتية وحيوانية أما الحوامض فكحمض الكبريتيك والنتريك والكلورايدريك والاوكساليك والخليك وأما القلويات فكالبوتاسا وماء جاڤل والنوشادر وأما الاملاح فهى التى تكون من الزئبق والفضة والزرنيخ والفسفور وغير ذلك وأما السموم النباتية فكالجارو والحنظل والفربيون والكولشيك (خانق الذئب)

(الاعراض) - هى قئ مشتمل على المواد المزدردة وعلى ما فى المعدة وقد يشتمل على دم وعطش يشتد أحيانا واسهال يشتمل على دم والتهاب بريتونى يتبع ثقب المعدة وألم شديد فى القسم الشراسيفى يزيد ويمتد فى المرىء والبلعوم والفم بالضغط عليه ويوجد اضطراب فى الحالة العمومية وبرودة فى الاطراف ويصير النبض صغيرا ويعلو الجلد عرق لزج وهذه الحالة تنتهى بالموت وقد يحصل نزيف غزير مميت

(التشخيص) - يعلم التشخيص من الجزء الباقى من الشئ السام أو من رؤية الخشكريشات فى الفم أو من تأثير السم على ورق عباد الشمس

(الانذار) - هذا المرض منذر بالخطر وكثيرا ما ينتهى بالموت

(التشريح المرضى) - التغيرات المرضية تتعلق بشدة وكمية الجوهر الكاوى لاسيما اذا كان أخذ السم عمدا بخلاف ما اذا أخذ غير عمد فتكون هذه التغيرات قاصرة على الفم والبلعوم وتكون الخشكريشات الحادثة من ازدراد حمض الكبريتيك زرقاء أو ضاربة الى السواد والحادثة من حمض النتريك صفراء ومن القلويات سمراء ومن أملاح النحاس زرقاء مائلة الى الخضرة ومن الفضة سوداء ومن الفسفور رابنية بيضاء ويخلف سقوط الخشكريشة قروح دامية مختلفة السعة والغور الذى ربما ثقب المعدة

(المعالجة) - يلزم أولا الاعتناء باخلاء المعدة من السم بواسطة المقيئات والمسهلات وغسلها ونفع المقيئات أكثر اذا كان ازدراد السم حديثا وان كان قديما استعين مع المقيئ بحقنة مسهلة ومما يبعث على القئ دغدغة الغلصمة وشرب الماء الفاتر ثم يعادل السم بعد ذلك بالمركبات الكيماوية مع اعطاء الماء الزلال فيعالج بالحوامض المخففة فى التسمم بالقلويات ويعالج بالقلويات كالمانيزيا فى التسمم بالحوامض ويعالج فى أغلب التسممات المعدنية وفى التسمم بالزرنيخ بهذا المركب

مانيزيا مكلسة أول أوكسيد الحديد المائى مسحوق الفحم الحيوانى	أجزاء متساوية تمزج ويعطى منها قدر درهمين فى اليوم

ويعالج التسمم بالجواهر النباتية باستعمال الماء الفاتر كمقيئ وبالمشروبات الملطفة الزلالية والصمغية والعطرية ويعالج التسمم بالفسفور باربع جرامات من روح الترمنتينا فى جرعة والطرطير المقيئ بالقوابض وملح النحاس بالحديد وباول سلفور الحديد المائى الهلامى وملح الزئبق بالحديد المحضر بالايدروجين وأملاح الرصاص بالكبريت وبعد ذلك يعالج التهاب المعدة التابع لهذه المؤثرات الكاوية بحسب الاحوال

(المبحث الخامس فى قرحة المعدة)

هذا المرض يعرف بالقرحة المستديرة للمعدة وأول من شرحه شرحا وافيا هو (كروڤليب)

(الاسباب) - تشعبت المذاهب أزمانا طويلة فى سبب طرو قرحة المعدة فقال (پانوم وكون هايم) انها ناشئة من تأثير العصير المعدى على جزء محدود من سطح المعدة المعرى عن الغشاء والمخاط بسبب عوق الدورة عن هذا الجزء فبذلك ينهضم ويتقرح فان قيل لم يؤثر العصير على الغشاء المعدى كله فيهضمه قيل ان دورة الدم فى بقية الاجزاء الاخرى من المعدة سارية بانتظام ومغمورة بمائيتها ومغطاة بافرازها المخاطى فتحفظ حياتها على الدوام وبهذه الحياة وقلوية الدم لا يؤثر العصير على تلك الاجزاء لتشبع حمض العصير بقلوية الدم وبهذا نعلم أن تعطيل الدورة فى جزء من المعدة له تأثير فى تكون القرحة المعدية أو التسلخ فى سطحها او ينشأ عنه النزيف

وقال (فيرشوف) ان تلك القرحة تنشأ فى العالب من انسداد الاوعية بفعل ميخانيكى أو بتغير فى جدرانها وقال (بونشر) انها تنشأ من ميكروب لانه وجد على حوافيها عددا وافرا من الميكروكوكوس

وقد علم من المشاهدات أن جروح وقروح المعدة المعتادة الناشئة من كيها قابلة للالتحام وهذا يؤيد القول بأن القرحة ناشئة عن تأثير العصير المعدى

وقد شوهد أيضا أن النساء عرضة لهذا المرض أكثر من الاطفال وبالجملة فضعفاء البنية أكثر عرضة له من أقويائها

(الاعراض) — علامات القرحة المعدية هى الالم الشراسيفى والغثيان والقيئ والتجشؤ لكن هذه العلامات لاتعين المرض لوجودها فى النزلة المعدية أيضا وانما يحققه القيئ الدموى وكذا الآلام المعدية لانها وان شوهدت فى النزلة المعدية المزمنة أيضا لكنها هنا تكون حادة ثاقبة أو ممزقة أو ناخسة متشبعة جهة السر أو العامود الفقرى وجهتى الصدر والذراعين وتزيد بالنوم على الظهر وعلى الجهة اليمنى وتنقص على اليسرى وذلك لقرب مجلس القرحة من البواب ويضاف الى ذلك الالم المحدود الناتج من تهيج قاع القرحة بموادا الطعام وانجذاب حافتها بحركة المعدة ومجلس هذا الالم يكون عادة القسم الشراسيفى وأحيانا القسم السرى وتارة الظهر

ومواد القيئ الدال على القرحة تتكون من الاغذية والمخاط والصفراء وفى أغلب الاحوال تمتزج بالدم الذى هو علامة مهمة لذلك وكميته تختلف بحسب الاحوال فقد تصل الى أكثر من لتر وقد تتجدد وقد يسيل الدم فى الامعاء فتشاهد مواد البراز سوداء قاتمة

ومن العلامات أيضا النزيف المعدى ولتكراره وفقد كمية غزيرة منه يحصل الموت فى أحوال نادرة مخصوصة واما فى أغلب الاحوال فلا يعقب الأنيميا مصحوبة بأعراضها خصوصا أعراض أنيميا المخ كالدوار والطنين وتخيل ذباب طائر الخ وتكثر هذه الاعراض اذا كان المريض واقفا ويتغير لون الجلد والشفتين والملتحمة ويتزايد النبض وقد يندفع بقوة ويضطرب الهضم وتحصل حمى ويروق البول وتزيد كثافته وقد تحصل راحة وقتية بعد النزيف المعدى اذا استراح الجسم واعتنى المريض بنفسه ومن العلامات أيضا تعب

المعدة الذى يحصل كثيرا فى البريتون وفى البليورا وقد يصل الى الرئة

وفى بعض الاحيان يصاب الشخص بالقرحة ولا يحس بهذه الاعراض بل يمكث سنين بدون شعور بها لان مدة هذا المرض طويلة وقد يزول ويعود مرارا الى أن ينتهى بالشفاء أو الموت

(التشخيص) — بمجموع الاعراض التى ذكرناها تعرف القرحة خصوصا بالقيئ الدموى الذى هو غير الرعاف سواء كان من المعدة أو من الرئة ويعرف الآتى من كل منهما باصطحابه بأعراض العضو الآتى منه على أن ما يأتى من الرئة يكون هوائيا رغويا مختلطا بمخاط ولا ينعقد بسهولة وتأثيره قلوى بخلاف ما يأتى من المعدة فانه دكن مختلط بالمواد الغذائية وتأثيره حمضى والتشخيص المميز للقرحة عن الالم العصبى المعدى والسرطان يعلم مما سنذكره فى شرحهما

(التشريح المرضى) — قرحة المعدة تشاهد بقرب البواب وفى الوجه الخلفى لها عادة بقرب القوس الصغير وتكون حافتها مخروطية على شكل برية القلم وقاعها مستويا شاغلا للطبقة العضلية ذات حجم مختلف تارة يكون كحجم حبة الترمس وتارة يكون قطره من ١٠ سنتى الى ١٥ وفى العادة أن هذه القرحة لا تكون الا واحدة وقد تتعدد ومن الجائز أنها تزول ويخلفها أثرة التحام متسعة تحدث انكماش جدر المعدة وهذا الانكماش يعيب شكلها خصوصا اذا كان متسعا لان البواب يضيق بسبب قربه فيعوق سير الاطعمة وبذا تتمدد المعدة

ثم ان القرحة المذكورة اذا أكلت الغشاء المصلى تحدث فى أغلب الاحوال التهاب ما يجاورها من الاعضاء وتلتصق بالبنكرياس والحجاب الحاجز والبليورا والتامور والبريتون والطحال والكبد والقولون المستعرض فيشاهد التهاب بليوراوى قيحى أو التهاب كبدى الخ وقد يمتد هذا التآكل حتى يصل الى وعاء دموى فيحصل النزيف المعدى الذى هو علامة مهمة فى القرحة المعدية

(المعالجة) — متى تحققنا وجود القرحة المعدية وجب أولا اراحة المريض من كافة الاعمال ثم وضع لبخ ساخنة على قسم المعدة لتسكين الالم والتزام حمية مخصوصة فلا يعطى

الا الالبان والبيض الانبرشت وقليل من الخبز الابيض والمرق خصوصا مرق لحم لويب ثم اذا حصلت حموضة العصير المعدى يعطى المريض ماء كارلسباد أو بي كربونات الصودا فاذا استمرت المعالجة بهذه الوسائط قدر عشرة أيام تحسنت الحالة واستراح المريض وحينئذ يصرح له بتناول بعض اللحوم السهلة الهضم كطبوخ لحم لويب وبيپتون لحم كوخ وكريش والدقيق الجارى اعطاؤه للاطفال ويعطى من الادوية نصف جرام أو جراما على مرار من تحت نترات البزموت مسحوقة مع السكر وقد استعمل بعضهم محلول نترات الفضة

نترات الفضة ٢٥ جراما

ماء مقطر ١٠٠ «

ويعطى المريض منه ملعقتين صغيرتين فى اليوم ويعطى أيضا سائل سيسكوى كلورور الحديد بان يؤخذ منه ٣ او ٤ جرام ويوضع فى قدح صغير من الماء وفى الاحوال المتعسر شفاؤها تستعمل صبغة اليود من ٣ نقط الى ٤ فى محلول السحلب وقد يستعمل الكريوزوت مع المورفين وقد يلتجأ لتسكين الالم والقئ بالجليد فيوضع فى مثانة على المعدة وتستعمل أيضا المسكنات كالمورفين واذا حصل التهاب بريتونى تابع لثقب المعدة فيعطى من الافيون فى كل ساعتين من سنتجرامين الى ثلاثة وذلك لا يمنع الانتهاء المحزن

(المبحث السادس فى ميلينا المولودين حديثا)

هذا المرض يعترى الاطفال فى الجمعة الاولى من الولادة ويعرف بقئ دموى آت من نزيف معدى وربما صحب البراز أيضا ومن تكراره هذه الحالة تنشأ انيميا تنتهى بالموت كثيرا وبالشفاء قليلا

(الاسباب) — لكون هذا المرض لم يعرف سببه معرفة جيدة اختلف فيه فقيل ينشأ من قروح صغيرة فى المعدة والامعاء لا يعلم سببها وقيل انه من استحالة ركوض الدورة أو من سدد أو مؤثرات عفنة

(المعالجة) — تنحصر فى وضع الجليد على المعدة واعطاء نقطة من سائل سيسكوى كلورور الحديد ممزوجة فى مستحلب الشوفان كل ساعتين مرة

المبحث

(المبحث السابع فى سرطان المعدة)

سرطان المعدة أقل حصولا من قرحتها واصابته للشيوخ والهرمين أكثر من الشبان والكهول وندرت مشاهدته عند الاطفال لا فرق بين الذكور والاناث

ومن اسبابه المهمة عدم اتباع الحمية وكثرة تناول المشروبات والنزلات المعدية وأثر التحام المعدة غالبا وعد الوراثة من الاسباب غير مضطرد وان شوهدت فى عائلة نابليون

(الاعراض والسير) — الاعراض موضعية وعمومية فالموضعية اضطراب الهضم وفقد الشهية وألم فى القسم الشراسيفى وتجشؤ ينشأ عن اجتماع غازات فى المعدة وقئ ذو رائحة نتنة كرائحة البراز مشتمل على مواد مخاطية وأحيانا دموية ولا تحدث تلك المواد الدموية الا بعد تقرح السرطان فالدم الخارج من القرحة يمكث فى المعدة فيؤثر عليه العصير المعدى ويغير تركيبه فلونه يعتم حتى يصير كلون ما تخن من القهوى أو كلون الشوكلاتا أما النزيف هنا فنادر جدا

ولاجل معرفة احتواء مواد القئ على دم تبحث بالمنظار المعظم بان تؤخذ كمية صغيرة من مواد القئ وتوضع فى قدر من الزجاج مع كمية من الخل وقليل من ملح الطعام ثم يسخن على النار لدرجة الغليان فاذا وضعت نقطة من هذا الممزوج على قطعة زجاج حاملة للمرئيات يرى تكوين بللورات معينية من الهيمين ذات لون أسود قاتم وزيادة على ذلك يرى به بعض عناصر السرطان والسارسين كما يرى هذا الاخير فى الامراض الاخرى للمعدة ومن العلامات أيضا قلة الهضم المتسبب عن تناقص حمض الكلورايدريك لدرجة لا يتغير فيها لون بنفسج الميتيل وعن وجود حمض اللبنيك بكثرة ويعرف ذلك بالبحث عن تركيب العصير واذا بحث باليد على قسم المعدة يحس غالبا بالمادة الجديدة التكوين على هيئة ورم ذى سطح غير منتظم صلب فى القسم الشراسيفى أو فى جزئه السفلى أو الجانبين بل ربما جذب سرطان البواب الورم الى قرب ارتفاق العانة فهذا الورم يتغير وضعه عادة بالنسبة لامتلاء وفراغ المعدة وحركات التنفس هذا ان لم يكن ملتصقا باعضاء أخرى ثابتة مجاورة له وحيثما يحصل ارتشاح سرطانى منتشر فى جدر المعدة لا يتيسر تأكيد معرفته بالاحساس بل يوجد نوع صلابة ومقاومة ليست كافية للحكم بوجوده وربما كان مجاسه سببا فى ذلك أيضا

كسرطان الفؤاد والقوس الصغير للمعدة لان الكبد والاضلاع الكاذبة والقص تمنع الوصول اليه وبالقرع على محاذاة هذا السرطان لا يسمع دائماً أصمية مطلقة بل تارة تكون طبلية محدودة وبذا يتميز عن سرطان الكبد فان أصميته تامة

وأما الاعراض العمومية فتكون تابعة للمضاعفات التى منها تمدد المعدة والانيميا والكاشكسيا السرطانية فان الدم يتألف من وجود ميكروبات فيه كالميكروسيت والپواتيكوسيت وهذا ما أوجب اشتباه الانيميا الاجامية أحيانا بكاشكسيا السرطان المعدى ومن استمرار الكاشكسيا يشاهد كثيرا أوزيما فى محاذاة الكعبين والساقين وظهر اليدين وغير ذلك واذا امتد السرطان الى البريتون حصلت اعراض واضحة من جهة البطن كالآلام والاستسقاء ويشاهد عند بعض المرضى احتقان فى العقد تحت الابط خصوصا فى الجهة اليسرى وهذه حالة تؤكد التشخيص هنا وحصول الامساك فى هذا المرض أكثر من الاسهال وقد يمتد المرض الى الامعاء خصوصا ما غلظ من القولون المستعرض ويمتد أيضا الى الظاهر فيصيب الجلد وينفتح من الظاهر

(المدة) — مدة المرض لا تزيد عن سنتين الا نادرا وفى اثنائهما تشاهد التغيرات الموضعية العمومية وأخيرا يحصل الموت من ازدياد الضعف لا من المضاعفات لانه مرض غير قابل للشفاء ويصحبه اضطرابات عصبية وكوما

(التشخيص) — يعرف هذا المرض بالعلامات الدالة على وجود آفة فى المعدة وبوجود ورم فى القسم الشراسيفى وبنحافة المريض ووجود الكاشكسيا مع كبر السن وبقيء مواده دموية ذات لون أسود

وليس من السهل دائما معرفة ان الورم الذى يوجد فى المعدة هو السرطان اذ الورم السرطانى يشتبه أحيانا بورم سرطان الفص اليسارى للكبد والبنكرياس والسرب والقولون المستعرض فيتعسر حينئذ الحكم الحقيقى بتشخيص مميزله ولا يتقوى احتمال وجوده الا بقلة وجود حمض الكلورايدريك أو عدم وجوده فى العصير المعدى وبالقيء الدموى كما يتميز نوعه المرتشح بوجود القيء المدمم الاسود وبالنحافة السريعة الحصول وباللون الكاشكسى والسرطان يتميز أيضا عن القرحة المعدية بحدتها وبالالم الاكثر شدة منه هنا

وبالقيء الدموى أيضا

(التشريح المرضى) — من المعلوم ان المعدة مجلس لثلث أحوال السرطان وأول نقطة منها كثيرة الاصابة به هى البواب والقوس الصغير لها وأنواعه الغالب وجودها فيها هى السرطان البشرى ذو الخلايا الاسطوانية لبشرة الغدد والنخاعى والهلامى والليفى ويوجد السرطان على شكل ورم ترتشح مادته فى جدر المعدة فتحدث ضخامة فيها ويتكون نوع لطخ تجعل المنسوج الخلوى والعضلى المعدى ذا سماكة عادة واذا كان مجلسه البواب تمدد المعدة

ثم ان هذا الورم يكون اما منفردا واما متعددا ويرتفع فى السطح الباطنى للمعدة ويكون سطحه محدبا مغطى بغشاء مخاطى ضخم يختلف تبعا لتنوع السرطان ومتى حصل التقرح اندفعت حافة القرحة الى الخارج وقاعها يكون غير منتظم وفى النخاعى يكثر ارتشاحها من المادة السرطانية وقاعها يكون أحيانا فطريا وأحيانا صلبا مكونا من أزرار ليفية كما فى الليفى وهذه القرحة اما ان تتسع اتساعا كبيرا واما ان تكون بهيئة حلقة حول البواب اذا جاورته واذا أكلت القرحة مجلسها شوهد فى وسطها الطبقة العضلية للمعدة وجائز أنها تغور فى طبقات المعدة حتى تخرقها كما تقدم فيحدث حينئذ ما يقال له انثقاب المعدة فيتصل تجويفها اما بسطح جلد القسم الشراسيفى ويتكون ناسور ظاهرا أو باطنا أو ذا فتحتين ظاهرة وباطنة واما بتجويف البريتون أو القولون المستعرض وأحيانا تمتد الى الاعضاء المجاورة من غير انثقاب فقد شوهدت اصابتها للكبد والبنكرياس والامعاء والسرب والطحال والكلى والقص وغيرها بدون ذلك

(المعالجة) — لم يوجد الى الآن علاج يوقف سرطان المعدة واما مغلى الكوندورانجو الذى أوصى باستعماله (فريدريخ) فلم تنجح تجربته كما قيل فيه ولكن لا بأس من استعماله لانه دواء معدى بأن يؤخذ منه ١٥٠ جراما تضاف على مثلها من شراب البرتقال ثم يعطى المريض منها ١٠٠ جرام يوميا وقد استعمل الشهير (بيلروت) فى هذا السرطان عملية الاستئصال لبعض أشخاص فنجح بعضهم ومات آخرون ومع ذلك لا يجوز اجراؤها الا بعد تحقيق وجوده ومعرفة نوعه وكونه محدودا

وأما المعالجة العرضية فتنحصر فى اتباع الحمية واعطاء حمض الكلورايدريك والادوية المعدية والمسكنة وغسل المعدة اذا تمددت واستعمال ما وصفناه فى النزلة المعدية المزمنة

(المبحث الثانى فى تمدد المعدة)

هذا مرض يحصل فى المعدة تمددا ولا يحصل الا ثانويا أى عقب أمراض كضيق البواب وغيره مما سنذكره فى الاسباب

(الاسباب) — منها ضيق البواب الذى ينشأ من التكونات الجديدة كالسرطان وأثرة الالتحام ومن بقاء الاطعمة فى المعدة مدة تهيجها ويندر أن ينشأ من ضغط يقع عليه من الخارج كالاورام فمن هذا الضيق تتراكم الاطعمة فيزداد فعل المعدة فى قذف ما بها لمقاومة التضايق وحينئذ تحصل ضخامة الغشاء المخاطى المعدى المجاور للبواب وتضخم الالياف العضلية أيضا وتضعف قوة مرونتها فتسترخى جدر المعدة وتتمدد من تكرار هذه الافعال ومن الجائز أن يزيد حجمها عن المعتاد أضعافا حتى تصير كقربة مسترخية فى القسم الشراسيفى ويندر وجود التمدد بدون ضيق فى البواب واذا حصل كان صغيرا وهذا التمدد الصغير يصاب به الكثير لكن لعسر معرفته لا يحكم الانسان بوجوده وسببه امتلاء المعدة فتسترخى جدرها لاسيما الطبقة العضلية ومن الاسباب أيضا النزلة المعدية المزمنة والامراض الخطرة والضعف وامتلاء المعدة بالاطعمة والمشروبات خصوصا عند الاكول والشريب

(الاعراض والتشخيص) — من الاعراض قلة الشهية والاحساس بثقل المعدة والتجشؤ وغازات التجشؤ تكون أحيانا قابلة للاتقاد والعرض الواصف للداء هو القيء لانه هنا يكون بكمية كثيرة تصل الى عدة ارطال فى آن واحد مشتملة على مواد غذائية يجوز ان المريض تناولها منذ أيام وبقيت فى المعدة وعقب ذلك يحس براحة وقتية وأهم من ذلك ما يشاهد بالنظر فى قسم المعدة من اتساعه وامتلائه فقاقع وكبر قوسه الذى صار ظاهرا محسوسا واذا نبهنا المعدة رأينا فيها أحيانا حركة ديدانية خصوصا اذا كان التنبيه بتناول بعض جرامات من بى كربونات الصودا وحمض الطرطريك على التعاقب فان المعدة تتمدد من تكون حمض الكربونيك أما تحديد تمددها بالقرع فلا يوصلنا الى معرفة حقيقة الداء

وان كان من علاماته سواء فعل فى حال الاستلقاء على الظهر أو فى حال الوضع العمودى أو فى حال الامتلاء أو الفراغ ومن العلامات أيضا قرب المعدة من السرة عند امتلائها بدخول نحو ثلاثة ارطال

وأما البحث بالمجس المعدى فيوصلنا الى الحقيقة لان المعدة الجيدة الصحة يدخل من المجس فيها قدر ٦٠ سنتيمترا اعتبارا من ابتداء الفم وأما فى المتمددة فيزيد عن ذلك وربما وصل الى ٧٠ سنتيمترا وقد يحس بطرفه من خلال جدر البطن المسترخية ومن الاعراض أيضا الضعف وزيادة النحافة والامساك وقلة البول وقد تطرأ أعراض أخرى كاعراض النزلة المعدية الاصلية والتابعية

وبالاجمال فكل معدة لم تعد على نفسها وتنكمش مدة فراغها تعد متمددة (بوشار) وحينئذ ليس من الضرورى ان تكون المعدة المتمددة كبيرة الحجم بل من الجائز أن يمكث التمدد مدة من غير شعور ولا يعرف الا بعلامات تؤخذ من الطب العملى وبالنظر والجس والقرع والتسمع والفحص بلا واسطة على المعدة وبادخال (٧٠) سنتيمترا من المجس فيها وبادخال سائل أو غاز وبالبحث على القراقر وتموجها أى بالحركة المائية الهوائية لها عند القرع عليها مرارا كما ذكرنا وتعرف أيضا بعسر الهضم والتجشؤ وتمدد القسم الشراسيفى وتكون ميكروبات فيها كالسارسين وميكروب التعفن والتسمم وظهور أمراض جلدية وتعقد الاصابع ومضاعفات أخرى

(السير والانذار) — سير هذا المرض ومدته يتعلقان بطبيعته وهو خطر اذا كان التمدد تابعا لضيق البواب الناشئ من سرطان المعدة وأما اذا كان من أثرة التحام كان خطره قليلا وهذا لا يمنع من استمرار المرض بدون خطر لداعى مرونة الالياف العضلية ومقاومتها لتأثير التضايق أما اذا كان التمدد غير تابع لضيق البواب فعاقبته تكون حميدة وشفاؤه معهودا

(المعالجة) — تستخرج أولا الاطعمة المتجمعة فى المعدة وتغسل ويتوصل الى ذلك بالطريقة الميخانيكية وهى مجس مرن طويل مثقوب من الطرف والجانب وهو المسمى مجس نيلاتون ومتصل بأنبوبة مرنة طولها متر تقريبا تنتهى بقمع من الزجاج فيملأ القمع

والانبوبة بالماء المعد للغسل حالة كون القمع مرتفعا ثم يخفض فبذلك يسيل متحصل المعدة ويصب فى القمع ثم يستفرغ منه وهكذا يفعل الارتفاع والانخفاض وامتلاء القمع من الماء واستفراغه حتى تغسل المعدة والاحسن ان تكون الانبوبة التى تتصل بالمجس من الزجاج وشكلها كشكل الاجريك أو الدال ووصلها يكون من زاوية انضمام فرعيها ويتصل أحدهما بمنفخة (طلومبه) بواسطة أنبوبة من الصمغ المرن والثانى بانبوبة قاذفة لمتحصل المعدة فانه بهذه الكيفية يمكن قفل وفتح الانبوبتين لدخول السائل وخروجه ويمكن ان المرضى تغسل معدتها بنفسها وبها أيضا يستغنى عن الطلومبة المعدة لذلك ولا يجوز نزح المعدة بالكلية الا فى بعض أحوال استثنائية والماء المعد لغسل المعدة هو الماء المعتاد أو الماء القلوى بان يضاف على الماء من ٢ الى ٥ من بى كربونات الصودا أو من ماء كارلسباد أو ماء فيشى واذا علم ان فى المعدة مواد متحللة تغسل بالماء الساليسى أى المحتوى على ٢ فى المائة والاحسن ان يكون الغسل فى اليوم مرتين وقبل تناول الطعام ويلزم الالتفات لما يتغذى به المريض بان تكون الاطعمة مغذية سهلة الهضم قليلة ما أمكن كمحلول لحم لويب ويفضل البيض واللبن والخبز الاسود ويمنع من تناول الخضراوات وبذلك تتحسن حالة المريض وتعطى المقويات وتستعمل المنبهات العضلية كالكهربائية ويعطى من خلاصة الجوز المقيئ مسحوق لغاية ٠٫٠٣ مرتين فى اليوم وتعطى أيضا الادوية الاخرى التى وصفت فى النزلة المعدية المزمنة ويستعان على ضبط المعدة فى موضعها بحزام مرن

(المبحث التاسع فى الامراض العصبية للمعدة)

هى أحوال مرضية تكون فى المعدة غير مصحوبة بتغيرات تشريحية معدية لتعلقها بحالة مخصوصة وتنقسم هذه الامراض الى قسمين أحدهما اضطراب الاعصاب الحساسة للمعدة الشامل لالمها العصبى واحساسها بالجوع الكاذب والثانى اضطراب أعصابها المحركة الشامل للقيئ العصبى المعدى وعسر الهضم سواء كان حمضيا أى ناشئا عن زيادة حمض الكلورايدريك فى العصير المعدى أو عصبيا أو غازيا أى مصحوبا بتكون غازات وقلس وتجشؤ

الالم

(الالم العصبى المعدى)

يتصف بوجود ألم شديد فى القسم الشراسيفى والمراق اليسرى وجميع الاشخاص على اختلاف سنهم عرضة له خصوصا الشبان والكهول وعصبى المزاج

(الاسباب) — منها الموضعية ومنها العمومية فالاولى كتأثير البرد والمشروبات الروحية والثانية كالاستيريا واختلال الحركة وبعض أمراض أخرى

(الاعراض) — العرض المميز لهذا المرض هو الالم الشديد الذى يحصل فى قسم المعدة وقد يمتد الى العمود الفقرى والامعاء بل والكبد أحيانا ومن شدة هذا الالم يضطر المريض لاخذ أوضاع مختلفة بقصد تخفيفه ويتغير وجهه ويضيق نفسه ويمكث كذلك نحو ساعتين ثم يزول بالكلية أو ينتهى بالقيئ وبعد زمن طويل تعود تلك الحالة وهكذا حتى تصير نوبا معتادة وقد يزداد التنبيه العصبى فلا ترد شراهية النفس بكمية وافرة من الغذاء وهذا يسمى بالشهية الكلبية

(التشخيص) — هذا المرض يشتبه بالنزلة المعدية المزمنة وقرحتها وسرطانها لوجود الالم فى جميعها ولكنه يتميز هنا بالشدة والامتداد بخلافه فى تلك فان ألم النزلة أخف من الالم العصبى بكثير وألم القرحة يكون قاصرا على جزء المعدة وله صفات مخصوصة كاصطحابه بقيئ دموى عادة كما مر بيانه وألم السرطان يكون مصحوبا بقيئ أسود شبيه بلون القهوى أو الشكولاتا وبورم سرطانى فى قسم المعدة غالبا

(المعالجة) — يلزم أولا معالجة ما وجد من الاعراض العمومية واجتناب الاسباب كالمشروبات المنبهة والمأكولات الرديئة وأن تعطى الاغذية السهلة الهضم ثم نعالج النوبة العصبية بالحقن تحت الجلد بالمورفين ووضع الثلج على قسم البطن وتناول بعض قطع منه وأن تعطى الجواهر المسكنة والمضادة للتشنج كبرومور البوتاسيوم والمركبات الافيونية مع جعل المريض فى محل متجدد الهواء والاستحمام بالماء البارد وغسل قسم المعدة به أيضا

(القيئ العصبى)

يحصل هذا القيئ من تأثير عصبى مخصوص

(الاسباب) — يقسم القيئ على العموم بالنسبة لاسبابه الى قسمين الاول ما يحصل امامن

المؤثرات المهيجة التى يقع فعلها على المعدة مباشرة كالقيء الذى يشاهد فى النزلة المعدية الحادة والمزمنة وقرحتها وسرطانها ونزيفها وأما من المؤثرات الكيماوية كاملاح الفضة والنحاس والزئبق وحمض الزرنيخ وست الحسن وغير ذلك الثانى وهو المهم بالنسبة للحالة المرضية التى نحن بصددها ما يحصل من أحوال مرضية بعيدة عن المعدة كاصابات الدماغ مثل الالتهاب السحائى وأورام الدماغ والشقيقة والالتهاب المخى والحميات وبعض أمراض الاحشاء البطنية كحصوات الكلى والكبد وبعض أمراض النخاع كالتهابه ويشاهد القيء أيضا فى حال الحمل وأمراض الرحم وفى حال تنبيه بعض الاعصاب الدائرة كالخلوع والكسور وتنبيه أعصاب قاعدة اللسان واللهاة وكذلك عند شم بعض الروائح الكريهة وعند سماع بعض الاصوات وعند التفكر فيما تعافه النفس

(المعالجة) – تنحصر فى معالجة السبب الذى أحدث القيء مع تلطيف ما وجد من الاعراض واعطاء الاغذية الجيدة ويستعمل هنا ما ذكر فى معالجة الالم العصبى المعدى

(عسر الهضم)

قد قسمنا عسر الهضم فيما سبق الى ثلاثة أقسام حمضى وعصبى وغازى فالحمضى هو الناشئ عن زيادة حمض الكلورايدريك المنفرز فى المعدة ويعرف باحمرار ورق عباد الشمس عند وضعه فيه أو بمحلول التربيولين الاصفر فانه يحمر بتأثير الحوامض عليه ويميز كون التأثير من حمض اللبنيك أو الكلورايدريك باستعمال بنفسج الميتيل فحمض الكلورايدريك يجعل لونه أزرق وحمض اللبنيك لا يؤثر فيه شيأ كما تقدم

(الاعراض) – هى القلس الحمضى وطرو ألم فى القسم الشراسيفى قبل تناول الطعام أو بعده بساعة وتجشؤ وقيء غير متوالبين وقلة شهية عند بعض المرضى وشكاية من العطش والحالة العمومية هى الضعف ونحافة الجسم كثيرا

(التشخيص) – لا يتم تشخيص هذا المرض الا بالجس كما سيأتى ومما يساعد عليه التجشؤ والقلس

(المعالجة) – أما معالجة عسر الهضم الحمضى فتنحصر فى القلويات بان يعطى للمريض كمية كافية كخمس جرامات فى اليوم من بى كربونات الصودا مثلا واستعمال المياه القلوية

له فائدة أيضا لمعادلتها للحمض ويحصل للمرضى من استعمال الشاى راحة ويسمح لهم بكمية كافية من اللحوم وأما الاغذية النشوية فلا تعطى الا باحتراس وأنجع الادوية غسل المعدة

وأما معالجة عسر الهضم العصبى فبكلورايدرات البيبسين والادوية المرة

وأما معالجة الغازى فبالادوية التى لها ميل لامتصاص الغازات كفحم بللوك وايدرات المانيزيا مع تقوية المعدة واعطاء الغذاء اللبنى وفعل الرياضة والتفرغ من الاشغال العقلية وعدم السهر وتستعمل الحمامات الباردة لتقوية الجسم ويدلك قسم المعدة بالماء البارد فى كل صباح فبذلك تتحسن حالة المريض ويشفى

(تذييل للعصير المعدى) – فى الزمن السابق كان يظن أن العصير المعدى ينقص فى أغلب أمراض المعدة وكذا حمض الكلورايدريك ولكن قد حقق كل من (يخمن وريجل) ان اضطراب الهضم يصحبه أحيانا ازدياد العصير والحمض المعديين ويسمى بعسر الهضم الحمضى كامر وحينئذ تزيد كمية الحمض عن المعتاد من ٠,٤ الى ٠,٦ فى المائة ومن الجائز عدم تعلق زيادة الحمض بزيادة العصير المعدى وان كان لها ارتباط بها وأسباب زيادته فى العصير لا تعرف ويجوز أن تكون من تنبيه عصبى أو من تكون النزلات أو ان القرحة المستديرة للمعدة تصاحب الحالة الحمضية أو تعقبها والله أعلم

(المبحث العاشر فى النزيف المعدى)

النزيف المعدى مرض يوصف بخروج دم من المعدة

(الاسباب) – اما أن يحصل من جرح أو رض أو تمزق فى المعدة أو مرض كالنزلة المزمنة للمعدة وقرحتها وسرطانها واما أن يجيء الى المعدة من دم عضو آخر كالأنف فى الرعاف أو أنورزما وعاء مجاور أو من المريء أو غير ذلك أو يكون بدل نزيف آخر مرضى أو طبيعى

(الاعراض) – تنحصر فى خروج الدم من المعدة باجهاد أو بدونه وكميته تختلف بالنسبة لسببه واتساعه وتعدد مجالسه وطبيعة المرض المحدث له واذا لم يمكث فى المعدة الا مدة قليلة كان أحمر سائلا واذا مكث فيها مدة كان أسمر أو ضاربا الى السواد وحينئذ يجوز أن يكون

نصفه سائلا والآخر جامدا على هيئة جلط دموية وقد يسبق ذلك أو يصاحبه أعراض أخرى عمومية كاصفرار الوجه والضعف والاغماء وقد يخرج مع المواد البرازية دم وهذا ما يقال له ميلينا

(المعالجة) – توضع المواد الجليدية على المعدة مع تناول قطع منها واعطاء جرعة قابضة فيها من ٣٠ نقطة الى ٤٠ من أول كلورور الحديد أو من جواهر أخرى مع الحمية والاستراحة التامة ومعالجة السبب المحدث للنزيف واذا كان آتيا من عضو آخر يعالج هذا العضو وقد يلتجأ الى استعمال الجويدار

(الباب السادس في امراض الامعاء)

(المبحث الاول في النزلة المعدية الحادة أو التهاب الامعاء الحاد)

هذا مرض يصيب الامعاء وقد يصطحب بالتهاب معدى وحينئذ يسمى التهابا معديا الاسيما اذا كان سببه واحدا

(الاسباب) – النزلة المعوية تحصل من تنبيه الغشاء المخاطى المبطن للامعاء وتنبيهه يكون اما بالمواد المهيجة التى تحدث من طبيعة كيماوية أو من مؤثرات ميخانيكية كالاغذية الرديئة المتعفنة والسموم التى تلامس الغشاء المخاطى حمضية كانت أو قلوية والزرنيخ والسليمانى وغير ذلك واما من تأثير اجتماع المواد فى الامعاء خصوصا اثناء أمراض عفنة كالهيضة والتيفوس والدسنطاريا والحمى المتقطعة الخبيثة وكذا من استعمال بعض أدوية وقد يكون اضطراب الدورة سببا فى حصول هذه النزلة أيضا الداعى احتقان الاوعية المعوية كما فى أمراض الكبد والوريد الباب والقلب والرئة خصوصا عند المستعدين لها

(الاعراض والتشخيص) – العرض المهم هو الاسهال قليلا كان أو كثيرا وزيادة فعل الحركة الديدانية المحدثة له كحدوثه حال الخوف والحيرة خصوصا عند العصبيين وقد يكون الاسهال عصبيا كالذى يعقب الدورة فيحس المريض بمغص ونوع غليان فى الامعاء ثم تندفع المواد بزيادة الحركة الديدانية

وفى النزلة المعوية الحاصلة من الاحتقان يكون الاسهال من الحركة الديدانية ومن تأثير وقوف الدورة ومن امتصاص الجزء السائل وعدد التغوط يختلف من ٣ مرات الى ١٠

وقوام

وقوام مواده يشبه قوام المستحلب أو يكون مائيا وحينئذ تصل كمية الماء الى ٧٥ فى المائة ولون تلك المواد يكون ضاربا الى الصفرة عادة أو الى الخضرة لاختلاطها بالمادة الملونة للصفراء وقد تكون رائقة وبحثها حينئذ بالميكروسكوب نرى فضلات الطعام وأليافا عضلية وكرات نشوية ودهنية وحديدية وميكروبات كثيرة وأحيانا بلورات الفوسفات الثلاثى وخلايا بشرية اسطوانية وهيئة البطن ترى بالنظر اما مستوية واما منتفخة لتكون غازات فيها وبالضغط تحس المرضى بألم خفيف وبالقرع يسمع صوت يختلف تبعا لامتلائها وفراغها أو وجود مادة مصلية أو سائلة أو غازية وحالة المرضى العمومية لا تتغير عادة الا أنها فى النزلات الناتجة عن التعفن خطرة اذ يحصل هناك ضعف وفتور جسم وحركة حمية تبلغ الحرارة فيها ٣٩ درجة وهذه التغيرات تعدو على المعدة فيحصل غثيان وقىء وتجشؤ وآلام عضلية ومفصلية

(الاشكال) – منها النزلة المعدية ويشاهد فيها عين الاعراض التى ذكرت فى النزلة المعوية والقيء والغثيان الخ وقد تشتد أعراضها فى بعض الاحيان وكثيرا ما يشاهد هذا الشكل فى فصل الصيف وقد يظهر ظهورا وبائيا وقد تشتبه أعراضه بأعراض الهيضة الا أن الباسيل لا يوجد فيه وان قال (فينكلر) ان له باسيلا

ومنها النزلة المعوية التى تمتد وتصيب الغليظ وفيها تزداد الاعراض المذكورة (هويضة) وينزل دم مع الغائط أحيانا

ومنها النزلة المعوية عند الاطفال وهذا الشكل خطر وسببه التسنين أو الاغذية الرديئة أو المعجلة ويكون الاسهال فيه غزيرا ومتكررا والقيء متواليا وانتفاخ البطن يهبط والاطفال تنحف وتضعف وتصاب بالقلاع أحيانا وقد يشاهد فى المستشفيات بحالة وبائية ويصير لون الغائط فيه أخضر ونسب (هايم) ذلك لوجود باسيل مخصوص مترا كم وهذا الشكل يسمى بالاسهال الابيض للاطفال وينتهى بالموت كثيرا

ومن الجائز أن تكون النزلة المعدية قاصرة على جزء من الامعاء الدقيقة أو الغليظة خصوصا الاعور وسنشرح التهابه

(التشريح المرضى) – التشريح المرضى هنا يضارع التشريح المرضى للاغشية المخاطية

الآخرى فاننا نرى هنا احتقان منسوج الغشاء المخاطى وانتفاخه وزيادة افرازه وارتشاحه وأحيانا تقيح سطحه وقد تلتهب الغدد منفردة ومجتمعة ويوجد قروح سطحية مختلفة القدر

(المعالجة) - تكون بعض النزلات خفيفة فلا تحتاج لمعالجة بل تشفى من نفسها والبعض الآخر يحتاج لاتخاذ الوسائط الصحية والدوائية فالصحية هى الحمية والوقاية من البرد خصوصا عند الاطفال أما اذا كان سبب النزلات تأثير المواد العفنة فيجب اخراجها باعطاء زيت الخروع أو الزئبق الحلو والدوائية هى استعمال الملطفات كمحلول الصمغ ومستحلب اللوز فان استمر المرض بعد ذلك يستعمل الافيون والقوابض كالبزموت والتنين والكادا الهندى وساق الحمام وغير ذلك امامن الفم واما بالحقن وفى بعض الاحوال يلزم استعمال مضادات العفونة من الفم كالنفتول أو من المستقيم حقنا بواسطة مجس معدى كمحلول حمض البوريك أو السالسيليك أو الاثنين معا من ٣ جرام الى ٥ من الحمض على ١٠٠ من الماء وتستعمل أيضا من محلول النشا أو من مغلى السحلب بان يؤخذ

سحلب	٥	جرام
ماء	٥٠٠	«
صبغة الافيون البسيطة	٢,٥	«
حمض التنيك	٢	«

ثم يحقن بذلك مرتين

(المبحث الثانى فى الهيضة الارباوية أى الموضعية)

هذا مرض حاد يتصف باعراض الالتهاب المعدى الشديد وفى الحالة الخطرة منه تكون أعراضه شبهية باعراض الهيضة الآسية ولذا سمى بالهيضة ولكونه يظهر عادة فى فصل الصيف أى من شهر يونيو الى أغسطس يسمى أيضا بالهيضة الصيفية

(الاسباب) - يحتمل ان يشاهد هذا المرض عن أصل عفن أثر فى البنية غير أن هذا الاصل لم تعرف حقيقته الى الآن ولو أن (فينكلر) تكلم على وجود باسيل فيه شبيه بباسيل الهيضة الآسية لان الابحاث أبانت ان ليس هناك ميكروب خاص بهذه الهيضة وهذا المرض تكثر اصابته للاطفال ولاسيما المفطومون حديثا ومن كانت تغذيتهم غير

جيدة أو غير موافقة لسنهم وقليلا ما يصيب الشبان والكهول

(الاعراض) - هى أعراض النزلة المعدية المعوية الحادة والثقيلة فالمرض يطرأ بغتة أو عقب هجوم قىء ثم يحصل اسهال فيرق الغائط شيأ فشيأ الى ان يصير كافرازات الهيضة الآسية أى يشبه مغلى الارز وقد يتسلطن أحد العرضين فى أحوال مختلفة وقد تزول آلام البطن فلا يوجد الا ضغط وضيق فى القسم الشراسيفى وفقد البول والآلام العضلية اللذان يحصلان فى بعض الاحيان يقربان هذا المرض من الهيضة ولكن الاضطراب العمومى يميزه فان قوى المرضى تضعف وسيماهم تتغير وصوتهم يصير أبح والظمأ لا يزول والنبض يتزايد والوجه والاطراف تحتقن وتبرد ثم يحصل الخمود وتنقص الحرارة وتشتد هذه الاعراض عند الاطفال حتى ان أعينهم تغور فى الحجاج ووجههم يصير سيانوزيا ويوافيخهم تهبط والجلد يغبر والنبض يصغر ولا يعد ويحصل الموت عقب الكوما أو عقب بعض تشنجات وموت الاطفال بهذه الهيضة كثير فى المدن الكبيرة خصوصا أولاد الفقراء الذين تكون معيشتهم رديئة وانتهاؤه بالموت عند الكهول نادر والغالب شفاؤهم منه حتى فى الاحوال الخطرة

(التشخيص) - متى علمنا الاعراض الموضعية لهذا المرض كان التشخيص سهلا ومع ذلك قد يتعسر تمييزها عن اعراض الهيضة الآسية اذا لم تعلم الاسباب لكن اكتشاف باسيل كوخ فى الهيضة الآسية يحقق التشخيص ولذا يجب البحث على المواد البرازية فى حال الاشتباه

(التشريح المرضى) - عند فتح الجثة يرى أن التغيرات المرضية لهذا المرض زالت والاجربة ولطخ باير لا تظهر الا بعد ارتشاح خفيف ويرى احتقان فصيصات الرئة والسحايا وأوزيمتها والتغيرات الرمية هى الاكثر حصولا

(المعالجة) - عند الكهول تتخذ الحمية وتجعل الاغذية كالمستحلبات وتعطى الامراق والالبان سيما المبردة بالجليد ويعطى لتسكين العطش الجليد والشمبانيا المبردة ويستعمل لهم من الادوية ما نجح وهو الافيون المسحوق وخلاصته وصبغته وهناك أدوية أخرى لم تنجح هنا وعند الاطفال يحترس من استعمال الافيون ومركباته ما عدا صبغته ومع ذلك

لا يستعمل منها الا كمية قليلة من نقطة الى اثنتين بحسب سن الطفل والزئبق الحلو جيد النفع فى الاحوال الحديثة فيعطى منه فى اليوم ثلاث ورقات كل ورقة فيها سنتجرام واحد وتكون الاغذية قاصرة على ألبان النساء أو لبن البقر المثلج ومتى ظهرت أعراض الخمود كانت الحمامات الساخنة والبابونجية والخردلية واللفائف الساخنة والمنبهات ضرورية الاستعمال مع اعطاء كمية قليلة من النبيذ والحقن بالكافور واذا استمرت على الفواق (الفهقان) يستعمل اللف والرذ بالماء البارد وأماحض السالسيليك والكنين والكربوزوت فقد يلتجأ لاستعمالها وان قلت فائدتها وقد تنفع هنا الادوية التى ذكرت فى النزلة المعدية المعوية

(المبحث الثالث فى النزلة المعوية عند الاطفال)

(التى تنشأ عندهم من عسر الهضم)

هذه النزلة لكثرة اصابتها للاطفال واصطحابها باضطراب الهضم لزمت معرفتها واستحقت ان تذكر فى باب مخصوص فلذا رأينا ان نذكر طرفا منها هنا ومن يريد استيفاء الكلام عليها فعليه بالاطلاع على الكتب المخصوصة بشرح أمراض الاطفال فحديثو السن منهم عرضة لها أكثر من غيرهم بسبب أن الغشاء المخاطى لجهازهم الهضمى سريع التأثير بالمؤثرات المرضية كما أنهم عرضة للمؤثرات التى تنشأ من رداءة غذائهم وسوء تربيتهم وليس ذلك من جهل أهلهم فقط بل من فقرهم أيضا حيث لا يتيسر لهم احضار ما يلزم لجودة الغذاء وحسن التربية وبذلك يحل اشكال كثرة موت أطفالهم

(الاسباب) — أهم الاسباب وأولها هو التغذية الرديئة الغير المنتظمة لان غذاء الطفل بهذه الكيفية خصوصا اذا حصل عسر الهضم والامتصاص يحدث تغيرات مختلفة فيهيج الغشاء المخاطى وتزيد الحركة الديدانية للقناة المعوية فتنشأ النزلة المعدية المعوية وحينئذ لا يوجد حد فاصل بين النزلة المذكورة وعسر الهضم وحصوله عند الرضع من ثدى صناعى أكثر منه عند الرضع من ثدى طبيعى وهو ينشأ من اضطراب المرضعة أو من عدم اتباعها غذاء جيدا أو من علوقها أو من تكرار الرضاعة

(الاعراض) — أعراض هذه النزلة تنحصر أولا فى علامات تؤخذ من الاعراض

الموضعية المعوية وثانيا فى عدم انتظام التغذية العمومية فالاولى هى قىء وتجشؤ وقلاع وقروح افتية واسهال يبلغ عدده فى اليوم من ستة الى سبعة ومواده تصير لينة ثم مائية نتنة ذات لون أخضر عادة مختلطة بمخاط ومشتملة على نتف من الكازين الغير المهضوم وعلى فضلات من الغذاء وبالميكروسكوب يشاهد خلايا بشرية وقيح كثير ودم قليل خصوصا فى الاحوال الخطرة ولا يعلم من المواد البرازية فرق يميز نزلة الامعاء الدقاق من نزلة الغلاظ تمييزا حقيقيا غير أن البراز حال نزلة الامعاء الدقاق قد يكون أكثر كمية مصحوبا بأصوات وقوامه أكثر تجانسا بخلافه فى نزلة الغلاظ فانه يكون أقل كمية وأكثر عددا فيبلغ فى اليوم من عشرة الى عشرين مرة مصحوبا بالثقل والتعنى بلا صوت وأجزاء مواده منها ما هو معتاد ومنها ما هو سائل ومنها ما هو غروى والبطن هنا ينخفض بخلافه فى تلك وأما العلامات الثانية فهى استرخاء وارتشاح العضلات ونحافة الجسم وجفاف الجلد حتى يصير ترابى الملمس وانكماش بشرة الوجه حتى يصير كوجه الهرم وفقد لمعان الاعين وضعف الصوت وانطفاؤه والبطن يتقعر وفى بعض الاحوال يتموج من وجود غازات به وتشاهد الاوردة فى جدرانه وهذه التغيرات المرضية تصطحب أحيانا بر اشيتزم وبتكون الدرن فى الرئتين أو فى الشعب أو فى المساريق وحينئذ تكون الاضطرابات تابعة لها

(التشريح المرضى) — التغيرات المرضية التى توجد عند فتح الجثة فى الغشاء المخاطى تكون قليلة الوضوح ومغايرة لما كان يوجد منها قبل الموت ويحتمل ان ذلك ناشئ من كون المؤثرات السمية التى تتكون فى الامعاء غير طبيعية تؤثر فى البنية أكثر مما تؤثر فى الاغشية المخاطية فضلا عن حصول هبوط أوعية الدم بعد الوفاة لهرعه منها وقد يشاهد ارتشاح وتقرحات فى الغدد وضمور فى الغشاء المخاطى وضخامته نادرة

(الوسائط الصحية والعلاج) — اذا حضر للطبيب طفل به العلامات المرضية المذكورة وجب عليه أولا البحث عن المرضعة أو عن كيفية التغذية لان اللبن هو الغذاء الوحيد فى زمن الطفولية الاولى فاذا رأى أن لبن المرضعة غير جيد أمر باستبدالها أو ان التغذية بالثدى الصناعى وجب تحسينها ان لم يتيسر وجود مرضعة جيدة اللبن

الا أنه يلزم غليه لدرجة ٢٨ عادة ثم يعطى للطفل وكيفية الاعطاء تختلف بحسب السن ففى الاشهر الاول يجعل الثلث لبنا والثلثان ماء وفى الاشهر التالية أى لمن لم يتجاوز سنهم ستة أشهر يضاف عليه مقداره مرة ولمن تجاوزها يضاف عليه مقدار ربعه ومن يبلغون تسعة أشهر فصاعدا يعطون لبنا خالصا وبعضهم يرى مزج اللبن بقليل من السكر وبعضهم يمزجه بمحلول الصودا فيضع منه جزأ واحدا أو اثنين على مائة من اللبن ثم يأخذ من هذا المحلول ملعقة صغيرة ويمزجها بنصف لتر لبنا وبعضهم يمزج اللبن بالسحلب أو الشعير أو الارز الى غير ذلك من المستحلبات لكنها لا توافق جميع الاطفال فالاحسن منعها عمن كانوا أقل من ثلاثة أشهر وكذلك منع كل ما يشتمل على المواد النشوية أما الامراق الجيدة فيحسن جيدا اضافتها عليه لان الاطفال تحملها أكثر من الجواهر الدوائية والمصابون منهم بالنزلة المعدية أو المعوية يحملون اللبن البارد أكثر من الساخن فاذا لم يحصل لهؤلاء المصابين بالنزلة المذكورة تحسين باتخاذ ما ذكر من الوسائط والاحتراسات فى الغذاء وجب علينا اتخاذ غذاء آخر كاللبن المركز السويسى أو الدقيق اللبنى أو قشطة بيدير أو شوربة ليبيج وكل واحد من هؤلاء الافاضل يفضل غذاءه على حسب ما رأى ثم اذا استمر الضمور والنحافة بعد ذلك وجب البحث عن آفات بنية والغالب أن تكون درنية أو زهرية

وقد يلتجأ أحيانا الى استعمال بعض أدوية كالزئبق الحلو فيعطى منه من خمسة مللى الى سنتى واحد فى كل مرة ويجوز استعماله مع المركبات الافيونية بغاية الاحتراس كهذا المركب

زئبق حلو	٧١	سنتى
مسحوق الافيون	٢	مللى
مسحوق الصمغ	٣	ديسى

ويستعمل هذا المقدار فى اليوم ثلاث مرات أو أربع وقد يوضع من نقطتين الى أربع من صبغة الافيون على مائة جرام من سائل صمغى أو غروى ويعطى للطفل فى ٢٤ ساعة أو يعطى جرعة من حمض الكلورايدريك وقد أوصوا باستعمال أدوية مانعة للتعفن

كالكريازوت بأن يؤخذ منه نقطتان فى جرعة وأيضا بعض القوابض كتحت نترات البزموت مسحوقا يعطى من أربع الى ست ورقات فى كل ورقة من خمسة سنتى الى ديسى واحد وقد يضاف اليها الافيون عند اللزوم وقد يعطى أيضا محلول الشب بأن يوضع خمسة ديسى على مائة جرام من الماء واذا شوهد بعض مواد الغائط غرويا يستعمل الحقن بمحلول التنين أو الشب بحيث تكون المائة مشتملة على واحد منهما أو خلات الرصاص بحيث يكون الالف مشتملا على واحد أو ثلاثة منها والكمية التى تحقن تكون ربع أو ثلث لتر تقريبا وقد نجح استعمال الحمامات الفاترة أو القلوية أو الكبريتية

(المبحث الرابع فى التهاب الاعور)

من ضمن التهابات الامعاء التهاب الاعور والمنسوج المحيط به

(الاسباب) — أسباب هذا الالتهاب هو بقاء المواد البرازية فيه مدة أكثر من بقائها فى غيره من الامعاء نظرا لتركيبه التشريحى ولوجود المعلقة الدودية فيه ولهذا عبر عنه بعض المؤلفين بالالتهاب الاعورى البرازى

وأما سبب التهاب المنسوج المحيط به فبقاء المواد فى المعلقة الدودية لان الاعور قد يسمح بمرور بعض المواد البرازية منها فتمكث مدة بحسب ظروف الاحوال الى أن يمتص الجزء السائل منها فتتجمد وتعاق عن العود من المعلقة الدودية الى الاعور بسبب صمام جيرلاخ أو بدخول جسم غريب كنواة أو بذرة فيها وقد يمكث هذا الجسم فيها مدة بلا ألم ثم من طول المكث يتنبه الغشاء المخاطى فيلتهب ويتقرح ومن الجائز أن يلتحم التقرح أو يحصل انثقاب المعلقة فيخلفه الالتهاب البريتونى المحدود أو العمومى المحزن انتهاؤه عادة

(الاعراض والسير) — أعراض هذا الالتهاب اما أن تظهر بغتة أو تسبق بأعراض هجوم طويلة المدة وهى امساك ربما يتعاصى فى بعض الاحيان وألم أصم فى قسم الاعور يزداد حتى يمنع المرضى من فعل بعض حركات وليس من النادر مشاهدة قئ وقد تضطرب الصحة العمومية فيحصل ضعف وفقد فى الشهية وحمى خفيفة ترتفع درجة حرارتها من ٣٨ الى ٣٩ ولا يكون لها صفات مخصوصة

أما الاعراض الموضعية للاعور الدالة على التشخيص فهى ما يشاهد بالنظر فالبطن يرى

تارة منتفخا من تكون الغازات فوق الاعور وتارة لا وحينئذ يرتفع قسم الاعور ويتألم بالجس والضغط وتحس اليد بمقاومة منتشرة أو محدودة وبوجود ورم وبالقرع عليه يسمع صوت أصم أو أصم طبلى وهذا الورم ليس الا كتلة تجمعت من مادة البراز ووقفت فى الجزء اللفائفى الاعورى

ويضاف الى ذلك النضح الالتهابى وضخامة الغشاء المخاطى الملتهب وسير المرض الذى يدل على تمام التشخيص وفى أغلب الاحوال ينتهى التهاب الاعور بالتحليل اذا لاحظت المرضى نفسها واستعملت العلاج فى وقت مناسب له فان الالم والحمى يتناقصان تدريجيا ويعقب ذلك التغوط ثم بعد جمعتين أو ثلاث يأخذ المريض فى النقاهة ويحصل للاعور قوة مقاومة تنشأ من ضخامة جدره وجائز أن يعقب ذلك امساك خفيف لان نكسات هذا المرض كثيرة وفى أحوال نادرة يكون هذا الالتهاب خطرا وذلك اذا بقيت المواد سادة للاعور فينتفخ البطن ويحصل قىء مواد شبيهة بالغائط وحينئذ تشتد الاعراض العمومية والجلد يبرد ويزرق والنبض يصغر ويسرع ثم يحصل الموت بحالة خمودية

وأما أعراض التهاب محيط الاعور فهى وان كانت عين ما ذكر لكنها تكون هنا أرقى منها فى تلك ماعدا المقاومة والانتفاخ فالالم يشتد ويمتد الى الاطراف ويزيد فى الجهة اليمنى وتظهر الحمى بشكل متقطع ويتكون من شدة الالتهاب خراج ذو ورم لين متموج يمتد الى الظاهر وينفتح اما من الخارج أو من الداخل وفى الحالة الاخيرة يحصل التهاب بريتونى أو ينفتح فى القولون الصاعد فيسيل القيح فى الامعاء ويخرج وقد يمتد الالتهاب الى الوريد اللفائفى الاعورى فيحدث فيه التهاب تقيحى ومنه الى الوريد الباب فتوجد حينئذ أعراض الامتصاص الصديدى وتتكون خراجات هجرية وتظهر الحمى وأخيرا الموت

(التشخيص) — تشخيص التهاب الاعور والمحيط به سهل متى علم مجلس الورم وحس به وعرف سيره لانه اما ان يكون فى الاعور أو فى معلقته ثم من تقدم المرض يعلم انه محدود أو مصيب لجو المحيط كما ويجوز فى الحالة المزمنة اشتباه هذا المرض من جهة بتحصل عضوى جديد وخصوصا السرطان الذى يبتدئ بالاعور أو بمعلقته ومن جهة أخرى بأورام الكلية اليمنى والمبيض الايمن وخراجات الابيوسواس التابعة لتسوس العامود الفقرى ولا يتميز

هذا

هذا الالتهاب عن تلك الاحوال الا بملاحظة اعراضها

ومن المعلوم ان انسداد المعلقة قد يكون فى جزء منها فالجزء الذى بعد السد يمتلئ مادة مخاطية شيأ فشيأ حتى يصير على شكل كيس فيرم القسم اللفائفى الاعورى وحينئذ يسمى باستسقاء المعلقة الديدانية

(الانذار) — من الجائز أن الانتهاء يكون جيدا اذا كان المرض مقتصرا على الاعور أما اذا امتد وحصل تقيح فانه يكون خطرا وقد يتعلق الانذار بالمضاعفات

(المعالجة) — يلزم أولا استفراغ ما فى المعى مما سبب الالتهاب الاعورى باستعمال المسهلات ثم الاستعانة على تحليل الالتهاب بالمركبات الافيونية وينبغى ان لا يكثر من استعمال المسهلات لان كثرتها تمزق الالتصاقات ويعطى زيت الخروع أو الراوند فى حال حدوث الالتهاب فان لم يتناقص بذلك دل على اصابة البريتون فيستعمل حينئذ الحقن بمسهل أو بماء مرارا وكذلك اذا حصل انسداد الامعاء أما اذا امتد الالتهاب الى محيط الاعور فلا يجوز استعمال المسهلات بل يستعمل الافيون لانه مسكن للآلام فيعطى من خلاصته من ٠٫٠٣ الى ٠٫٠٦ فى كل ثلاث ساعات ويضاف اليه حقنة كبيرة

وتنفع المعالجة الموضعية بأن تملأ مثانة أو ما يشابهها بالجليد وتوضع على قسم اللفائف الاعور فان ظهرت علامة الخراج استعيضت باللبخ ثم اذا كان الاحساس شديدا تستعمل الاستفراغات الدموية كارسال العلق وتدفع الحمى بالكنين وتحفظ قوة المريض بالمقويات ومتى ظهر التموج يفتح الخراج وتفعل الاساوة بمضادات العفونة

(المبحث الخامس فى تدرن الامعاء)

تدرن الامعاء مرض تابعى عادة لانه يكون جزأ من تدرن البنية ويظهر غالبا فى اثناء سير تدرن الرئة لان البصاق المزدرد حينئذ يكون متحملا باسيل الدرن فيتعلق بالامعاء فيصيبها وقد يكون أصليا مبدأ لتدرن الجسم ويشاهد ذلك غالبا عند الاطفال وليس من الغريب حينئذ أن يكون الغذاء هو الاصل فى العدوى خصوصا اذا كان من لبن البقر المتدرن وهذا الاصلى يكون مجموعا مخصوصا وقد سماه الاقدمون من الاطباء بالاصابة المساريقية

(الاعراض) — معرفة اعراض هذا المرض الخاصة به ليست ذات أهمية كأهمية

اعراض الامراض المضاعفة له فالاسهال المصاحب له عادة هو الذى يوجب التفات المريض أو الحكيم اليه والبطن يتمدد وأحيانا ينخفض حتى يتقعر ويحس فى بعض الاحيان باحتقان العقد المساريقية ويزيد عرض الكبد ولا ينتظم التغوط ويكثر الاسهال حتى يتعاصى على الشفاء فى أغلب الاحوال فيحصل الموت من كثرة الاضمحلال أو من مضاعفة درنية مزمنة فى عضو آخر (درن دخنى أو سحائى مزمن)

والاعراض العمومية تنحصر فى ضمور وأنيميا مصحوبة بحمى الدق المتعاصية

(التشريح المرضى) — التغيرات التشريحية فى هذا المرض تشابه التغيرات الدرنية للاغشية المخاطية فتبتدئ المادة الدرنية غالبا بالجهاز الليمفاوى للامعاء وبالاجربة الوحيدة وبلطخ باير وحدوث أول درنة يتكون تحت البشرة ثم ترتشح فتتكون ارتشاحا درنيا يتشر سعة وغورا حتى تصاب الطبقة العضلية ثم المصلية للامعاء

وفى بعض الاحيان تتكون قروح درنية تنتج من الفعل المتلف للمنسوج الجديد وتسرع فى السير ويرى فى قاع هذه القروح او فى حوافيها درن مجتمع يمكن انفصاله وتتكون تلك القروح فى الامعاء الدقاق والغلاظ وقسم اللفائفى الاعورى ويندر فى المعدة ويصطحب هذا التدرن غالبا بتدرن المساريق والبريتون والكبد ومن الجائز بقاء الرئتين سليمتين

(المعالجة) — بعد الحمية الواقية للمريض واتخاذ ما يحفظ قوته واستعمال ما يخفف الاسهال وألم الامعاء من الادوية التى أهمها الافيون منفردا أو ممزوجا بالتنين أو بخلات الرصاص تستعمل المعالجة الموضعية كاللبخ الساخنة والمكمدات الفاترة فانها تنفع هنا نفعا جيدا ثم ما بقى يعالج كالتدرن العام

(المبحث السادس فى الامساك المعتاد)

(الاسباب) — منها ضعف حركة الامعاء الديدانية التابع أحيانا للضعف العمومى للجسم الناشئ من الامراض المزمنة المصحوبة بنحافة وسقم ومنها تناول بعض أغذية مخصوصة سائلة غالبا غير محتوية على جواهر منبهة وقد ينشأ من قلة الحركة والرياضة ومن طول المكث فى الفراش ومنها النزلة المعوية المزمنة لداعى كثرة الافراز المخاطى فيها فيصير الغشاء المخاطى قليل التنبيه والطبقة العضلية قليلة الانقباض وكذلك اصابات البريتون المزمنة

وامراض

وامراض المخ والنخاع ويحصل الامساك فى حالة الصفراء أيضا تبعا لضعف الطبقة العضلية وعدم الحركة وقلة الاغذية النباتية وغير ذلك

وقد يكون الامساك غير تام لاحوال مرضية مزمنة بل يطرأ بغتة بنفسه ويستمر بشدة مدة طويلة فكثيرا ما شوهد أشخاص حيارى منه لا يتبرزون الا كل ثلاثة أيام مرة بمشقة ويظن انه لو دامت حالتهم كذلك لاعترتهم الماليخوليا او يحصل لهم ثقل فى الرأس وبرودة فى الاطراف وقلة فى الشهية وقد تعتريهم حالة عصبية مخصوصة بعد حصوله أو قبله

(المعالجة) — يلزم معالجة السبب المحدث لذلك كالنزلة المعوية المزمنة والامراض العصبية وامراض القلب والانيميا والضعف خصوصا عند من لا يتعاطون الاغذية السائلة الا نادرا ولذا يلزم تغذيتهم بالاغذية الجيدة والخضراوات والفواكه كالعنب وغيره وينفع شرب الماء قبل الاكل ويلزم منع استعمال المسهلات الشديدة بل يستعمل عند اللزوم المياه المعدنية الخفيفة كمياه فريدريكس ومارينباد والراوند وغير ذلك

وأما حالة الامساك المصحوبة بالماليخوليا فتعالج بزوال التأثير الواقع على القوة العقلية بأن يحقق الطبيب للمريض ان لا شئ عنده مما يشتكى منه ويأمره بتعاطى أشغاله وبالملينات فقط والاغذية السابقة مع دلك البطن باليد يوميا واستعمال الكهربائية والمياه الباردة والاقامة فى الخلاء والهواء المطلق والرياضة يوميا وتنظيم التبرز

(المبحث السابع فى ضيق وانغلاق الامعاء)

هذا المرض ينشأ عن مؤثر ميخانيكى يحدث ضيقا فى جزء من الامعاء بدرجات مختلفة ربما وصل الى درجة الانسداد واعراضه تختلف باختلاف درجة الضيق والسبب

(الاسباب) — تضييق الامعاء بالاورام ولا سيما الورم السرطانى وبأثرة الالتحام وتنغلق بتداخلها فى بعضها وبالتوائها وبالمواد البرازية وتختنق عروة منها بدخولها فى فتحة طبيعية أو غير طبيعية أما الانسداد الخلقى فيحصل فى الشرج غالبا عند الاطفال ونادرا عند غيرهم

(الاعراض) — قد قلنا فيما تقدم ان أعراض هذا المرض تختلف باختلاف درجات

الضيق والسبب فهناك أعراض للضيق التدريجي الذى يكون فى القناة الهضمية (انسداد غير تام) وأعراض للانغلاق التام

أما النوع الاول فالعرض الرئيس له هو اضطراب التغوط مهما كان السبب المحدث للضيق فتخرج المواد البرازية بمشقة فى أوقات مختلفة سائلة قليلا اذا كانت الاصابة فى الامعاء الدقاق وذات قوام اذا كانت فى الغلاظ أما اذا كان سبب الضيق ورما فى المستقيم فترى المواد منخفضة أو سطحية من الجهة المحاذية للورم ولو تأملنا للبطن رأينا فيه انتفاخا معويا قبل محل الضيق وتهيجا وذلك من تجمع المواد فى الامعاء التى تكون أحيانا صلبة شبيهة بكتلة وقد تمتد الامعاء من تكون غازات مختلفة وربما يحصل تجشؤ وقىء شبيه بمواد البراز وبالقرع على البطن تسمع رنانية مختلفة

وأما النوع الثانى وهو الانغلاق التام فاعراضه مخوفة اذ يحصل للمرضى بعض خمود وأعينهم تغور فى الحجاج وسحنتهم تتغير وبشرتهم تتقلص وأطرافهم تبرد وقواهم تنحط وصوتهم ينطفئ وبطنهم ينتفخ ويمتلئ بالغازات ويشاهد ذلك خصوصا فى الجزء العلوى من الضيق أو الانسداد ويكون الامساك تاما وقد يحصل قىء ذو رائحة كرائحة المواد البرازية وتجشؤ من غازات كريهة الرائحة أيضا ويتكون فى حال انسداد الامعاء الدقاق فقط الفينول وغيره لان ذلك من المواد الزلالية وهى لا تقرب من الغلاظ

ومدة هذا المرض تختلف والانتهاء خطر غالبا ويندر حصول الشفاء فى حال الانسداد

(المعالجة) – تختلف باختلاف الحالة فان كانت اختناقا وطرأ فى احدى الفتحات الطبيعية عولج بالرد أو بالعمليات الجراحية وان كان سببه تجمع المواد البرازية وجب استخراجها سواء كان من المستقيم مباشرة أو بمسهل كزيت الخروع وغيره أو بحقن ماء قراح أو ممزوج بصابون بواسطة المجس العادى المريئى وان كان الضيق بسبب أثرة التحام فى المستقيم وجب توسيعه بالوسائط الجراحية أيضا أو بالتمدد أما ان كان سببه تداخل الامعاء وجب ازالته اما بالمجس المريئى الموجود بأحد طرفيه قطعة اسفنج أو بنفخ الهواء أو بحقن كمية كثيرة من الماء الساخن أو بالكهربائية واما ان كانت الحالة انسدادا تاما فاوصى باستعمال المسهلات الشديدة وان منعهما البعض وباستعمال كمية قليلة تدريجيا

الغاية ٣٠٠ جرام من الزئبق المعدنى ليؤثر بثقله تأثيرا ميخانيكيا وبعضهم فضل استعمال الافيون لتسكينه الالم ومع كل يستعان بالحقن والغسل المتكرر وتحفظ القوة بانواع المنبهات وبالحقن بالايتير فان لم تنجح تلك الوسائط لزم فتح البطن للوقوف على نوع الانسداد وازالته

(المبحث الثامن فى الديدان المعوية)

وهى حيوانات تسلقية تعيش فى الامعاء مختلفة الحجم والشكل لانها اما شريطية واما أسطوانية واما خيطية

(فالاولى اى الديدان الشريطية) – ثلاثة أنواع الدودة تينيا (الوحيدة) والدودة ميديو كنديلاتا (متوسطة الطول) والدودة البوتريوسيفال (المستطيلة الرأس) ولنشرح لك كل نوع منها فنقول

أما النوع الاول وهو الوحيدة فان طولها بعد تمام تكوينها يختلف من متر الى ثلاثة ورأسها قدر رأس الدبوس به أربع ممصات فى الجهتين الجانبيتين ومتوج من الوسط باربع وعشرين خطافا تقريبا ويلى الرأس عنق طوله نحو قيراط ثم يلى ذلك حلقات صغيرة تأخذ فى الكبر عرضا وطولا كلما بعدت عن الرأس وتقرب من الشكل المربع المستطيل ويوجد فى وسط اناثها أنبوبة رحمية ذات فتحة وأما أعضاء تناسل الذكور فهى حويصلات شفافية فى الحلقات التى تلى الرأس ومتى حصل التلقيح ينمو البيض فى باطن الرحم فيتكون جنين ذو ستة خطاطيف

وذلك النوع يسكن فى الامعاء الدقيقة للنوع البشرى ويتشبث غالبا فى الجزء السطحى من غشائها المخاطى ومن الجائز ان تنفصم هذه الدودة من العنق ويبقى الرأس ثابتا والجزء المنفصل يصل الى اللفائف وقد يصل الى الاعور وقد يختلط بعض حلقاتها وبيضها بالمواد البرازية فيخرج معها الى الخارج ويغود اغلب ذلك البيض عند الخنازير لازدرادها المواد البرازية المشتملة عليه مغطى بشبه قشور وهذا البيض يثقب معدة الخنزير ويسير مع الدورة الدموية حتى ان يصل الى العضل فينمو حتى يقرب من حجم الحمص ويرى فى تجويفه رأس دودة وحينئذ يسمى بالدودة الحويصلية وعادة يوجد منه عند الانسان دودة وحيدة ولذا

سميت بذلك وان شوهد منها نحو ١٧ فى معى واحد نادرا ومدة مكثها غير معلومة وقيل غايته خمس عشرة سنة ويجوز دخولها من الفم مع بعض الاطعمة وحينئذ متى وصلت الى المعدة توجه بيضها الى أعضاء مختلفة ولاسيما الجلد والمخ والاعين والعضلات والكبد

وأما النوع الثانى فيوجد فى بعض جهات المانيا أكثر من الدودة الوحيدة وهو أطول من هذه اذ قد يبلغ ثلاثة أمتار أو أربعة وحلقاتها أعرض من حلقات تلك ولا يوجد لها تاج من الخطاطيف وفتحة أعضاء تناسلها من الجهة الجانبية وأكثر ما يوجد فى معى البقر فتحصل العدوى للانسان بأكله لحم هذا البقر نيئا وقد تشاهد دودته الحويصلية عند الانسان

وأما النوع الثالث فدودته تشاهد كثيرا فى هولندا والسويس وبروسيا الشرقية والروسيا وهى أطول من النوعين المذكورين لانها تصل الى ثمانية أمتار وحلقاتها أكثر من أربع آلاف حلقة ورأسها يتكون من انتفاخ مستطيل ذى مصين جانبيين مستطيلين كميزابين ويلى الرأس عنق مستطيل خيطى متكون من الحلقات الحديثة ومتى تم نمو الحلقات صارت عريضة وأكبر حلقة يكون طولها من ثلاثة مللمترالى أربعة وعرضها من ١٠ الى ١٢ مللى وفتحة أعضاء تناسلها تقرب من الذنب وبيضها له شكل بيضاوى يوجد فى براز الانسان المصاب بهذه الديدان ويوجد فى الماء العذب فتزدرده الاسماك ولذا تحصل العدوى للانسان من اكل هذه الاسماك

(الاعراض) - كثيرا ما توجد هذه الديدان فى الامعاء بدون ان يحصل منها عرض محسوس ولذا لا يستشعر بوجودها الا عند خروج قطع منها مع البراز وأحيانا تحدث اضطرابات مرتبطة بالقناة المعوية يبالغ فيها الاشخاص الماليخوليون والعصبيون فتوجد آلام فى البطن تتزايد حتى تكتسب صفات المغص ولا يحصل انتظام فى التغوط ويتناوب اسهال مع امساك ويضاف الى ذلك ظواهر عمومية متعددة فيحصل غثيان أو توقان كلبى وهبوط قوى وعدم قدرة على الاشغال وحيرة عقلية فيحصل من ذلك اضطراب التغذية ويشاهد بعض ظواهر أخرى يمكن نسبتها الى تأثير فعل منعكس فمن ذلك السيلان اللعابى الغزير والاكال الانفى وتمدد الحدقة والخفقان والقيء وألم الرأس والصداع وغير ذلك

وبعضهم نسب النوب التشنجية الخطرة الى وجود هذه الديدان ومع ذلك لا يؤكد التشخيص الا بوجود قطع منها أو بيضها فى البراز الا أنه يجب على الطبيب أن يتأمل فى هذه القطع ليميزها عن قطع الغشاء المخاطى التى يمكن فصلها ويميز نوع الدودة بالصفات التى ذكرناها وعند عدم نزول هذه القطع يعطى المريض مسهلا خفيفا كزيت الخروع لاجل انفصال جزء منها

(المعالجة) - نذكر هنا ما يضاد الديدان سواء كان مميتا لها أو مخدرا ثم تستخرج بواسطة مسهل فيبتدأ بالوسائط التحضيرية التى غايتها اخلاء الامعاء ولاسيما القولون من المواد الثفلية الموجودة فيها لاجل مرور الدودة فيعطى المريض مسهلات خفيفة وحقنة ماء بارد ويمنع من تناول الخضراوات وكثرة الخبز مدة ثلاثة أيام ولا يكون الغذاء فى تلك المدة الا القليل من الخبز الابيض واللحم واللبن والقهوى وأوصى بتناول ما يمرض الدودة كسلطة الثوم والبصل المملحين الممزوجين ببعض الاسماك المملحة جيدا فيعطى المريض منها قبل استعمال الدواء بيوم ويمنع من الغذاء يوم أخذ الدواء الا بعضا من القهوى ثم لما يحس المريض بحركة فى بطنه بعد تناوله الجوهر المضاد للعفونة بنحو ساعتين أو ثلاث يعطى نحو ملعقتين أو ثلاث من زيت الخروع أو منقوع الراوند

والجواهر المستعملة الآن لمضادة الدودة هى قشور جذور الرمان والخلاصة الايتيرية للسرخس الذكر وكيفية اعطائها أن يؤخذ من قشور جذور الرمان من ١٢٠ جراما الى ١٥٠ ويوضع فى ١٠٠٠ جرام من الماء المعتاد أربعا وعشرين ساعة ثم يغلى الى أن يصل ١٥٠ ثم يضاف اليه من خلاصة السرخس الذكر ٥ جرام وهذا المتحصل يعطى للمريض على ثلاث مرات أو أربع بالتعاقب على قدر الامكان وقد أوصوا باستعمال تنات البلتيرين المحضر من قشور جذور الرمان والظاهر أن تأثيره شديد اذا استعمل من ٠٫٥ الى جرام ولو استعملت خلاصة السرخس بمفردها لحصلت فى أغلب الاحوال نتيجة جيدة بشرط أن يعطى منها من ٨ جرام الى ١٠ ولاجل اخفاء طعمها توضع فى محافظ هلامية ومما نجح أيضا استعمال الشوربة الحبشية فيؤخذ منها ثلاثة أجزاء أو أربعة كل جزء ٥ جرام ممزوجة بالعسل أو السكر أو الماء ومنها أيضا زيت الترمنتينا ويستعمل من ٤٠ الى ٦٠

مع اللبن الا أنه لا يخلو من الخطا ولا يقال نجح العلاج الا اذا خرج رأس الدودة ويجب الاسراع فى استخراجها دفعا لما ينشأ عن بقائها من المضاعفات المخية ولتجنب تنبيه الغشاء المخاطى يجب على المريض عقب استخراجها استعمال غذاء لطيف (بوريز) والمنع من تناول لحم البقر والخنزير والسمك الذى لم ينضج شواؤه أو النيئ كما أنه يجب عليه الهدو والسكون والاستراحة مدة العلاج حذرا من حصول القيئ

(الثانية الديدان الخراطينية) – وهى حيوانات اسطوانية تسلقية غير خطرة توجد فى الامعاء بلا تعب ذات لون أحمر باهت مستدقة الطرفين طول الانثى من ٣٠ سنتيمترا الى ٤٠ وطرف ذنبها مستقيم وطول الذكر ٢٥ سنتى وذنبه ذوا نحناء ويشاهد فى طرف الرأس ثلاث شفائف مسلحة بأسنان صغيرة ومن الجائز نمو البيض فى أعضاء تناسل الانثى حتى يبلغ عدده ستين مليونا ويشاهد ذلك فى مواد براز الشخص المصاب بها ولمقاومته للمؤثرات الخارجية ينمو فيه جنين ديدانى ولو بعد زمن طويل ولا يعلم للآن كيفية وصول العدوى منه للانسان وهذا النوع يسكن الامعاء الدقاق كثيرا ويصل الى المعدة بجهود القيئ ثم يخرج الى الخارج وقد وجد نادرا فى القنوات الصفراوية وفى المسالك الهوائية وفى تجويف البريتون عقب انثقاب الامعاء كما ندر وجوده عند الخنازير والبقر

ويصاب به الاطفال والكهول الفقراء وجائز أن يسير حال النوم الى المستقيم أو الفم وربما خرج حينئذ من الانف

(الاعراض) – أعراض الديدان الخراطينية تشابه أعراض الديدان الشريطية كألم أو مغص البطن وانحطاط فى القوى ونمنمة فى الأنف وحرقان فى العين وغير ذلك وقد دلت المشاهدات على وجود أعراض عصبية خطرة عند المصابين بها من الاطفال كتقلصات وتشنجات صرعية واضطرابات عقلية وقتية وتمدد فى الحدقة وقشعريرات لكنها تزول كلها بعد خروج الديدان

وقد تحدث فى بعض الاحوال أعراض أخرى أشد خطرا من تلك عند دخول الدودة فى الحنجرة وعند وجود عدد كثير منها فى الامعاء يتكون كتلة منها مجسة سادة للقناة ويحدث عند دخولها فى مجرى الصفراء يرقان أو خراج فى الكبد وأما وجودها فى خراج

جدر البطن المقدم أو فى خراج الالتهاب حول الاعور فهو ثانوى

(المعالجة) – العلاج المستعمل قديما ضد هذه الديدان هو الشيح الخراسانى وأحسنه استعمالا المعجون بأن يؤخذ منه ٥ جرام ومن الحلبة جرام واحد ومن الشراب المعتاد ٣٠ جرام ثم يعطى ذلك على ثلاث مرات ثم يعقب ذلك بمسهل وحيث كره طعم الشيح يستعاض بالسنتونين الذى هو أصله الفعال فيعطى اما ممحوقا من ٥ سنتى الى عشرين أو يعطى على شكل مربعات أو ملبس وقد يعطى ممحوقا بالزئبق الحلو من ١٠ الى ٣٠ سنتى ثم يعقب ذلك بمسهل أيضا فاذا زادت كمية هذا القلوى شوهدت بعض أعراض خطرة كالتشنجات وصفرة البول والملتحمة ورؤية الاشياء صفراء وغير ذلك

(الثالثة الديدان الخيطية) – ولها ثلاثة أنواع رئيسة وهى ديدان الاثنى عشرى والديدان الشعرية وديدان المستقيم

(أما النوع الاول وهو ديدان الاثنى عشر) – فيشاهد كثيرا فى ايطاليا العليا ومصر منفردا ومزدوجا وقد شاهدته فى مصر مرارا ويوجد فى الجزء العلوى من الامعاء الدقاق ولاسيما فى الاثنى عشرى وأحيانا فى الصائم أو اللفائف وطول الذكور يختلف من ٦ مللى الى ١٠ والاناث من ١٠ الى ١٣ وفمها يكون على الطرف الرأسى بشكل ناقوس ذى محص شفته العليا مسلحة بسنين صغيرين والسفلى بأربعة خطاطيف كبيرة فبواسطة هذا الجهاز تتشبث بسطح الغشاء المخاطى المعوى وتتغذى بالدم ولذا يشاهد عند فتح الجثة كدمة فى المحل الذى تشبثت به من الغشاء المخاطى واذا كثر عددها وبقى فى محل واحد فقد دمه وعقبته أنيميا وهذا هو الموجب (لجريسنجر) أن يقول فى سنة ١٨٥٤ إن المرض المسمى بالخلورز المصرى ناتج من الدودة الاثنى عشرية وقد أثبتت ذلك المشاهدات فى الجهات الحارة وكذلك شوهد فى المانيا وايطاليا عند المشتغلين فى محلات رطبة طفلية ويمكن أن سبب الاصابة بهذه الدودة هو شرب المياه غير صافية

(الاعراض والسير والتشخيص) – تنحصر الاعراض فى حصول أنيميا تدريجيا اذا لم يكن هناك سبب تحال عليه فالمرضى تحس بضعف قواها أشياء أو بضيق فى الصدر وبخفقان وألم رأسى وأوزيما أو باقى الاعراض التى توجد فى الانيميا الخطرة وهذا المرض

يمكث أشهرا بل سنين و ينتهى بالموت غالبا اذا لم يعرف و يعالج ولا يمكن معرفته الا بعد الاصابة بنحو ثلاث جمع أو أكثر

والتشخيص سهل عند استكشاف الديدان فى مواد البراز أو بيضها المشابه لبيض الخراطينية صفة لا حجما لصغره عن ذلك ولسهولة مشاهدته يستعان بالمسهلات

(المعالجة) - متى علم وجود هذه الديدان تستعمل الادوية الطاردة لها المذكورة آنفا ولاسيما الخلاصة الايثيرية للسرخس الذكر بكمية زائدة أى من ١٠ جرام الى ١٥ ويضاف الى ذلك المسهلات والحقن

(وأما النوع الثانى أى الديدان الشعرية الرأس) - فهى ديدان طولها من ٤ مللى الى ٥ مللى وطرفها الرأسى دقيق كالشعرة والسفلى ضخم قليلا ومسكنها الاعور وهى سواء كانت منفردة أو مجتمعة ليست ذات أهمية لكن اذا تراكم عدد كثير منها ربما يحدث انسداد الامعاء أو التهاب الاعور ومع هذا لم تشاهد أحوال من ذلك

(وأما النوع الثالث أى ديدان المستقيم) - فهى ديدان صغيرة شبيهة بدود الجبن توجد عائمة فى المستقيم وطول أنثاها من ٩ مللى الى ١٣ والذكر من ٣ الى ٤ وسببها العدوى بواسطة اليد لان المصاب بها عندما يحصل له الاكال يحك بيده فيعلق الدود بها ثم ينتقل منها الى طعام فيأكله آخر فيزدردها فتتعلق بالامعاء الدقاق وتبيض فيها وفى الاعور وينمو البيض ثم تلقح الانثى وتسعى الى أن تصل الى المستقيم فتمكث فيه حتى تبيض أيضا وتفرخ ولا تزيد مدة ذلك عن ٢٤ يوما وقد يخرج جزء من البيض مع المواد الثفلية وأحيانا دود وقد يوجد هذا النوع بكثرة فى الامعاء الغلاظ حتى يغطى سطحها

(الاعراض) - لا يحس بأعراض حينما تكون فى الامعاء الدقاق وأما متى سكنت المستقيم والشرج فيظهر أكال مستمر وحرقان يوجب الاطفال للحك على الدوام وفتح المحل باصابعهم ويكثر ذلك بالليل وليس من النادر وصول الديدان لمهبل الانثى فتحدث فيه أكالا شديدا أيضا يوجب الحك الذى ربما أحدث الامناء وقد شوهد أنها احدثت عند الشبان والكهول تنبيها تناسليا غير طبيعى

(التشخيص) - يسهل تشخيص هذا المرض بالاكال فى المستقيم والشرج مع وجود

الديدان فيهما أو فى الغائط

(المعالجة) - يحقن المستقيم مرارا لاخلائه من هذه الديدان بالماء البارد القراح أو الصابونى أو الخلى أو بمنقوع الابسنت وفى الاحوال الخطرة بمحلول السليمانى واحد منه على ألف من الماء وأما الامعاء فتخلى منها بواسطة السنتونين والمسهلات واذا سكنت الشرج يستعمل المرهم الزئبقى المعتاد بنجاح

(المبحث التاسع فى البواسير)

البواسير كناية عن تمدد الاوردة الباسورية تمددا منتشرا وتارة تكون أوراما عقدية منعزلة عن بعضها

(الاسباب) - تنشأ البواسير أحيانا من نزلة المستقيم المزمن وأحيانا من الامساك لان المواد الثفلية متى تجمعت فى المستقيم ضغطت على أوعية الجزء السفلى فتتمدد وبفعل الجهود وقت التغوط يزداد هذا التمدد وقد سهل ذلك كون الاوردة الباسورية عديمة الصمام وتنشأ أيضا من الحمل ومن أمراض الكبد والمستقيم والسرطان والرحم والمبيضين والبروستتا لان أورام هذه الاعضاء تضغط على الاوردة الباسورية فتتعوق دورتها والوراثة والحياة الجلوسية كحياة العلماء والكتبة والخياطين والحائكين وغيرهم لها مدخل فى حدوث هذا المرض وكذا كثرة الجماع والمشروبات الروحية وركوب الحيوانات وتكثر مشاهدتها عند دموى المزاج والمفرطين فى المأكولات والضخام وتظهر عادة عند من سنه بين الثلاثين والخمسين

(الاعراض) - فى ابتداء التمدد لا تحس المرضى غالبا بالم ولذا لا يثبت هذا التمدد الا بالجس بالاصبع وبعضهم يحس بحرقان أو ألم أو حرارة فى الشرج تزداد بالافراط فى الاكل والشرب والجماع وبطول الجلوس وبركوب الخيل وغالبهم يحس بوجود جسم غريب فى المستقيم فاذا اشتد عوق دورة الاوردة زادت الاعراض خصوصا وقت التغوط حتى أنه يحصل لبعض المرضى تشنج واغماء وجائز أن يحصل تهوع وقىء وخفقان واحتقان فى المخ وغطمشة ودوار وطنين فى الاذنين متسبب عن الضغط الواقع على البطن واضطرابات

معدية ومعوية والاقدمون يعرفون تلك الحالة بالبواسير الهاجرة والبعض بالبواسير المعلقة

وقد يصحب البواسير سيلان مزمن حتى ان الغائط يكون مشتملا أحيانا على مواد مخاطية قيحية أو مدممة وقد يسيل دم أحمر يعرف بالنزيف الباسورى وهو يأتى تارة من تمزق الاوردة الباسورية المتمددة وتارة من تمزق بعض أوعية شعرية للمستقيم وكمية هذا الدم تختلف من بعض دراهم الى بعض أرطال وتحصل فى كل شهر أو شهرين مرة أو مرارا ويكون دما صرفا أو مختلطا بمواد مخاطية أو كخيطان على المواد البرازية وبخروجه تهبط الاورام فتحصل راحة للمرضى أحيانا ويندر أن تزيد كمية الدم زيادة خطرة وتصطحب هذه الحالة النادرة بانتقاع الوجه وضعف القوى وفتور الاعضاء وحيرة عقلية وآلام عصبية وانيميا

وحيث ان البواسير تارة تكون ظاهرة وتارة باطنة ليس من النادر خروج الباطنة الى الظاهر بفعل المجهودات وحينئذ يحصل اختناق العضلة العاصرة وتشنجها متى جاوزتها البواسير ويحصل أيضا ألم مخصوص وتشنج واغماء ونوع خمود وقد تلتهب هذه البواسير وتتغنغر

(التشخيص) - البواسير الظاهرة سهلة التشخيص برؤيتها وأما الباطنة فيبحث عنها بالجس والمنظار والاصبع وتتميز عن ثنيات المستقيم الضخمة بان لون الثنيات ليس أزرق وشكلها مستدير وتتميز عن الاورام الزهرية بالهيئة المخصوصة لتلك الاورام وبوجود الطفح الزهرى على الجسم واذا بزلت تلك الاورام لا يسيل منها دم بخلاف البواسير

(الانذار) - هذا المرض ليس خطرا وان كان لا يزول والا تماما واذا زال كذلك لا يلبث حتى يعود

(المعالجة) - يبتدأ بالادوية المانعة للامساك وبالرياضة وبالمنع من الجلوس على ما يحدث الحرارة وبتنظيم الغذاء واستعمال الخضراوات والفواكه بكثرة ومنع استعمال القهوى والشاى ويستعمل أيضا من مسحوق العرقسوس المركب فى كل مساء قدر ملعقة صغيرة أو من هذا المركب

كبريت مغسول	٢٥	جرام
ثانى طرطرات البوتاسا	٢٥	«
مسحوق جذور الزنجبيل	١	«

وتستعمل المياه المسهلة كماء كارلسباد وكسنجر والمياه القلوية كماء أمس وبادن باد ويستعمل الرذذ أو الحقن بالماء البارد أو القابض أو المكمدات الجليدية اذا وجد سيلان باسورى وبعضهم يفضل الماء الساخن والحقن به ثم تعالج أمراض الكبد والطحال بما يناسبها اذا وجدت واذا خرجت البواسير ترد بالاصبع أو بواسطة قطعة مغمورة زيتا وتستعمل الدهونات المسكنة والرطبة وكذا التمدد القهرى أو الربط أو القطع بواسطة السلك والترموكوتير واذا وجد ورم مؤلم جاز ارسال العلق وهنالك عمليات أخرى للبواسير تعلم من كتب الجراحة

(الباب السابع فى أمراض البريتون)

(المبحث الاول فى التهابات البريتون) - وهى نوعان أحدهما حاد والثانى مزمن

(أما النوع الاول) - فهو اما منتشر أو غير منتشر وينشأ من المؤثر المرضى الذى يلهب هذا الغشاء كبعض أمراض القناة الهضمية البطنية ومتعلقاتها وكبعض أمراض الجهاز التناسلى البولى ففى اثناء سير قروح القناة الهضمية يصل فعل التأثير الى غشاء البريتون فيلهبه التهابا محدودا ثم اذا دخل شئ من متحصل الامعاء بسبب انثقابها فى تجويف البريتون امتد الالتهاب الى جميعه وقد ذكرنا فيما سبق الاحوال التى يحصل فيها الانثقاب وينشأ أيضا من أمراض الاعور وخراجات الكبد واكياسه التى انتهت بالتقيح وجروح مجرى الصفراء وكذلك من أمراض الكلى والتهابات المثانة والحمل البوقى والتهابات باطن الرحم وما حوله وفى الاجهاض والطمث وخراجات البسواس والفقرات وغير ذلك وجائز ان يتبع هذا الالتهاب التهاب البليورا ومن أسبابه أيضا المؤثرات البادية كالجروح النافذة للبطن وجروح العمليات كاستئصال الكيس المبيضى وعقب رض فى البطن بلا جرح يجوز حصوله عند الاطفال المولودين حديثا بواسطة جرح حبلهم السرى وقد يحصل نادرا عند المصابين بالرثوماتزم

(الاعراض) - نذكر هنا من الاعراض ما يشاهد فى الالتهاب البريتونى الحاد وهى

تختلف باختلاف السبب لانها اما ان تظهر فجأة وهو الاكثر وذلك فيما اذا كان الالتهاب تابعا لثقب القناة الهضمية أو المعلقة الدودية واما ان تسبق باعراض هجوم وذلك فيما اذا كان الالتهاب تابعا للتيفوس أو للتدرن المعوى أو لضيق الامعاء الى غير ذلك وعلى كل حال تكون الاعراض موضعية وعمومية فالموضعية هى الالم الذى يكون فى محل الاصابة عادة وقسم السره والاكثر تألما وينذر عدم وجوده فيه وتارة يكون خفيفا وأخرى شديدا بسبب حركة المريض أو حركة تنفس عنيفة أو بسبب حركة الامعاء وبالبحث على البطن يعلم كبرها الناشئ من الانتفاخ الذى يزداد شيأ فشيأ بسبب شلل الطبقة العضلية للقناة المعوية وبسبب التجمع الغازى فى الامعاء وانسكاب نضح الالتهاب عند تقدمه فى تجويف البريتون وقد لا يوجد هذا الانتفاخ وحينئذ تصير جدر البطن صلبة منقبضة ويستوى البطن أو يتقعر قليلا و يتمدد عند ضعفاء البنية أكثر من غيرهم وبالقرع فى محاذاة العرى المعوية المنتفخة يسمع صوت طبلى غالبا وقد يصير أصم اذا تراكمت كمية من النضح الالتهابى السائل الذى ينشأ غالبا من الجزء السفلى للبطن وأحيانا تحصل التصاقات بريتونية وبالتسمع لا يستدل على شئ مخصوص لداعى سماع ألغاط مختلفة كقراقر وغوجات واحتكاك موافق لحركات التنفس وتشترك مع هذا الالتهاب المعدة والامعاء فى الاعراض فيحصل قئ وقبل أو بعد ازدراد الاطعمة من تأثير الفعل المنعكس أو من التهاب سطحها الظاهرى ولا يحصل هذا القئ عند من اعترتهم الحال البهيمية أو انثقبت معدتهم وقد يحصل تجشؤ وامساك متعاص عادة من تجمع غازات فى الامعاء فاذا زادت الحركة الديدانية أو التهب الغشاء المخاطى المعوى حصل الاسهال

وأما الاعراض العمومية فتعرف بالحركة الحمية وبعوق التنفس بسبب الانتفاخ البطنى الذى يضغط على الحجاب الحاجز وهو يضغط على اعضاء التنفس ولذا تزيد ضربات القلب الذى يحس بقمته فى المسافة الرابعة بين الاضلاع وتحصل الحالة العمومية الخطرة فينكمش الوجه وتغور الاعين والخدان ويدق الانف وتبرد الشفائف والايدى ويحصل خفقان ويصغر النبض وتنخفض الحرارة عن الحالة المعتادة

وبالنسبة لهذه التغيرات يوجد له أشكال تختلف بحسب تركيب نضحه الالتهابى وسببه

فنها الليفى القيحى وهو يكون فى الالتهاب البريتونى المنتشر فالغشاء المصلى يصير أحمر محتقنا بالاوعية معتما بسبب انفصال البشرة ويشاهد فيه بعض نقط كدمية والتصاقات فى العرى المعوية تتمزق بسهولة أو أجمة مكونة من النضح ومنها الشكل المصلى القيحى المكون من مواد مصلية وقيح يصير أحيانا نتنا مدمما وذلك فى الالتهاب التسممى الذى يحصل عقب انثقاب الامعاء

ويشاهد فى الالتهاب البريتونى المحدود نضح التهابى ليفى أو قيحى متكيس قاصر على جزء البريتون وسبب ذلك تكوين التصاقات حول البورة الملتهبة ويشتمل السائل النضحى على خلايا كروية وأخرى بشرية وتجدد فيه أوعية شعرية مكونة من استطالة الاوعية المصلية وكذلك ألياف خلوية متى مر عليها زمن طويل صارت صلبة متينة

(التشخيص) ـ تشخيص الالتهاب المنتشر سهل حيث علمت أعراضه الموضعية والعمومية التى ذكرت وعرف محل الالم الذى يتبع مجلس السبب المحدث له أما اذا كان أصليا فيعلم من تاريخ المرض ولا يتعسر التشخيص الا اذا كان هناك أعراض امراض شبيهة به كالانتفاخ التيفوسى عند حصول انثقاب معوى وأما المحدود فيتعسر تشخيصه غالبا لاشتباهه بالاورام المتكونة من مادة حديثة و يتميز عنها بتاريخ المرض ولا يشتبه علينا امتلاء الرحم والمثانة وألمهما بهذا الالتهاب

(السير والانتهاء) ـ سير المرض المنتشر سريع وانتهاؤه محزن خصوصا عند ظهور الاعراض العمومية التى ذكرناها فيحصل عقبها الموت بيومين أو أكثر ويندر الشفاء كما فى المحدود الذى تكون أعراضه عين أعراض الممتد الا أنها فيه أقل شدة وتنتهى أحيانا بالتقيح فيحدث خراج ينفتح الى الخارج

(التشريح المرضى) ـ التغيرات المرضية التى تشاهد فى هذا المرض هى عين التغيرات التى تشاهد فى الالتهابات المصلية كالتهاب البليورا والتامور

(المعالجة) ـ يجتهد فى تسكين الاعراض بالمحولات الظاهرية ويستعمل الدهن بصبغة اليود والدلك بالمرهم الزئبقى ولا ينبغى ارسال العلق فى الالتهاب المنتشر الا عند أقوياء البنية وتنفع الوضعيات الجليدية على البطن عند زيادة ضعف الحساسية والانقباضات الديدانية

فاذا كان المريض لا يتحمل الجليد تستعمل اللبخ ثم ان استعمال كمية كافية من الافيون كخمسة سنتجرام فى كل ساعة أنفع الادوية التى تعطى من الباطن لانه يسكن الآلام ويوقف سير الالتهاب ولا يستعمل الحقن بالمورفين الا فى الاحوال التى يراد فيها سرعة التسكين أو كانت المعدة لا تقبل الافيون ومع ماذكر فان اغلب هذه الادوية لا تقترن دائما بالنجاح وقد يضطر لمعالجة بعض الاعراض فيقاوم القيء بالافيون وقطع الجليد وانتفاخ البطن بادخال مجس فى المستقيم حتى يصل الى ما يمكن من الامعاء وبعض الاطباء يصنع بط الامعاء بواسطة آلة دقيقة بازلة لاجل اخراج الغازات منها ويقاوم الخمود وضعف القلب باستعمال المنبهات كالشامبانيا والنبيذ والايتير والكافور ويقتصر فى التغذية على اللبن البارد أو المثلج ثم اذا تكون خراج لزم فتحه

(وأما النوع الثانى وهو الالتهاب البريتونى المزمن) — فله شكلان درنى وغير درنى أما غير الدرنى فنادر الحصول ومن أسبابه سبق الاصابة باستسقاء زقى ناتج من عوق الدورة بسبب آفات مزمنة فى القلب والكبد وحصوله حينئذ من تكرار بزل البطن أكثر من حصوله من نفس الاستسقاء ومنها آفات المعدة المزمنة وغيرها ومنها الالتهاب الحاد لان المزمن يعقبه غالبا ومنها تأثير أسباب بادية وقيل انه يحصل أيضا من ادمان الخمر

(الاعراض والتشخيص) — اذا حصل هذا الالتهاب عقب الحاد تناقصت أعراض الحاد شيأ فشيأ ولا يبقى الا بعضها أما اذا حصل عقب أمراض أخرى ظهرت الاعراض بغتة وسارت بسير بطىء فى أغلب الاحوال فيحس المرضى بألم أقل شدة منه فى الحاد وقد يظهر بعض انتفاخ فى البطن وقد لا يظهر لكن جدر البطن تنقبض وتصير صلبة وبالجس يحس بعتانة السرب وببعض أحبال توجد بين لفائف الامعاء وبنوع أورام فى الحافة السفلى للكبد وقد لا يحس بشئ من ذلك وانما يوجد فى البطن تموج النضح الالتهابى خصوصا اذا صاحبه مرض فى الاحشاء واذا وصلت الاصابة للقنوات الصفراوية حصل يرقان دائمى وتصاب الاطفال به وهم بين الثانية والعاشرة من سنهم فيضعفون ويتقع لونهم وينحف جسمهم

(السير والمدة والانتهاء) — سير هذا الالتهاب المزمن بطىء ومدته تختلف وقد يمكث عند

الاطفال بضعة أشهر ثم يزول فى بعض الاحيان بلا سبب وهو وان كان خطرا يجوز أن ينتهى بالشفاء

(التشريح المرضى) — فى الاحوال الخطرة من الالتهاب المزمن تشاهد سماكة فى البريتون والتصاقات كثيرة متمددة بين الامعاء والاعضاء المجاورة كالكبد والطحال أو بين السرب والمساريق ويشاهد انحناء السرب على الاعضاء وضخامته ولا يوجد الا كمية قليلة من النضح الالتهابى الذى يكون هنا مصليا أكثر مما يكون قيحيا وقد لا يوجد شئ من ذلك واذا كان الالتهاب من استسقاء زقى كماذكرنا فى الاسباب وجد فى الوجه الباطن للبطن من محل البزل التصاقات أو انسكابات دموية ويوجد فى سائل الاستسقاء ندف ليفية وقد تشاهد أغشية كاذبة متعددة أو انسكابات دموية غزيرة وهذا ما يقال له الالتهاب البريتونى الدموى

(وأما الشكل الدرنى) — فكثير الحصول وينشأ غالبا من سوء القنية وقد يحصل من امتداد الدرن من البليورا الى الحجاب الحاجز أو من امتداد قروح الدرن للامعاء أو من التدرن المساريقى أو من تدرن أعضاء التناسل عند المرأة وقد يتبع الشكل الدخنى للرئة

(الاعراض) — أعراض هذا الشكل عين أعراض ما قبله غير انه يلزمنا هنا لاجل اثبات وجوده وتمييز نوعه معرفة سوابق المريض والبحث عن أعضائه الصدرية وهو يصيب الاطفال وغيرهم غير انه عند الاطفال أكثر أهمية من الشكل السابق ويكون ما يسمى بالدرن المساريقى ويأتى حينئذ من الامعاء فيحصل اسهال متعاص ناشئ عن وجود قروح فيها وتحصل حمى متقطعة ويعقب ذلك أنيميا ويتولد درن فى الاعضاء الأخرى كالرأس والبليورا والسحايا

(الانذار) — هذا الشكل خطر فى أغلب الاحوال لانه ينتهى بالموت

(التشريح المرضى) — بفتح الجثة توجد تكونات درنية حادة حادثة فى بعض الاحوال وقديمة فى بعض آخر ففى الحالة الاولى يوجد عدد وافر من حبيبات دخنية مصطحبة أحيانا بدرنات كثيرة يبلغ حجمها حجم البسلى بدون أن تصطحب تلك الحبوب بتغيرات التهابية وقد شاهدت نوعين من ذلك وكان الدرن عاما جميع البريتون وحجمه كحجم حب

الدخن أو العدس وأما فى الحالة الثانية فيصطحب التدرن بتغيرات مرضية درنية وكمية النضح الالتهابى تكون غزيرة وقد تكون قليلة كما يشاهد فى الالتهاب البليوراوى الدرنى وعلى كلا الحالتين فالالتهاب البريتونى الدرنى يصحب بنزيف وبمواد قيحية كما شاهدنا ذلك

(المعالجة) - معالجة الالتهاب البريتونى المزمن بشكليه تكون بالحمية المناسبة ووضع اللبخ على البطن أو بوضع قماش مبلول وتستعمل المركبات الافيونية لمضادة الالم ومنع الاسهال وإذا حصل امساك يعالج بما يناسبه فيستعمل يودور البوتاسيوم أو يودور الحديد وتعالج الاعراض بحسب تسلطنها

(المبحث الثانى فى الاستسقاء البريتونى المسمى بالاستسقاء الزقى)

هذا المرض هو تجمع نضح فى تجويف البطن

(الاسباب) - حيث كانت أوردة البريتون متعلقة بمجموع الوريد الباب كان كل ما يحدث عوق دورة هذا المجموع يحدث الاستسقاء وذلك كاغلب أمراض الكبد والاورام التى تضغط على الوريد الباب وكذا أمراض القلب أو الرئة أو الكلى وغيرها فعوق الدورة هو السبب الرئيس لهذا المرض على كل حال

(الاعراض) - أول علامة للاستسقاء هى ثقل البطن الناتج من تراكم السائل عند ازدياده قليلا فاذا وصل الى ١٥ لتر مدد البطن وضغط عليه وعلى الحجاب الحاجز وعلى العصبين السفليين للرئتين وحينئذ يضيق التنفس ولا يعرف هذا السائل بالنظر الا اذا زادت كميته لان حجم البطن يزداد حينئذ وتمدد قاعدة الصدر وتظهر الاوردة تحت الجلد مزرقة ومتى وضعت احدى اليدين على جانب البطن وقرع بالثانية على الجهة المقابلة حس بالتموج وسمع صوت غير رنان فى محاذاة السائل واذا استلقى الشخص على ظهره ارتفعت الامعاء واتجه هذا السائل الى الجزء السفلى وحينئذ يسمع صوت رنان فى الجزء العلوى وأصم فى الجزء السفلى والجهتين الجانبيتين ويتغير مجلس الاصمية بتغير أوضاع المريض ويضاف الى ذلك علامات الالتهاب البريتونى المزمن والامراض المصاحبة له المحدثة لاحدهما

(التشخيص) - بوجود العلامات التى ذكرت يعلم الاستسقاء الزقى لكن قد يشتبه فى بعض الاحيان بالاكياس المبيضية وحينئذ يصعب تمييزه ولاسيما اذا كانت الاكياس ذات حجم عظيم مالئة للبطن وغاية ما يميزهما عند ذلك هو تغير الاصمية فى الاستسقاء بتغير وضع المريض فتشغل المحل المنحدر بخلاف الاكياس واذا سمعت فى الاستسقاء رنانية فوق ارتفاق العانة كما تسمع فى الاكياس حيث كانت عرى امعاء ذلك المحل ذات مساريق قصيرة يستعان على التشخيص بالاعراض المصاحبة وسوابق المريض وبالبحث المهبلى لان الرحم يكون متحركا فى الاستسقاء ويتميز الاستسقاء عن النضح الالتهابى بأن النضح يكون قليلا محدودا والتصاقاته تمنع انتقال السائل عند تغير أوضاع المريض فضلا عن أن سائل الاستسقاء يكون مصليا غير مشتمل على عناصر أخرى وخفيفا عن النضح اذ لا يزيد عن ١٠١٢ وقد يشتمل على دم خصوصا اذا كان سببه آفة زهرية فى الكبد بخلاف النضح فان ثقله يصل الى ١٠١٨ ولا يشتمل على دم ولا يدلنا على حقيقة ذلك الا البزل

(المعالجة) - يعالج أولا السبب ثم تستعمل المعالجة الموضعية على حسب شدة الاعراض وخفتها ففى مال الاستسقاء الى تجويف البطن وضغطت جدرانه على الحجاب الحاجز وحدث ضيق التنفس يفعل البزل بآلة بازلة ذات حجم متوسط وهذه العملية لا تفعل عادة الا والمريض مضطجع على جانبه والبزل يكون من الجهة الجانبية اليسرى للبطن فى وسط خط ممتد من السر الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا أو من الخط المتوسط بين السر وارتفاق العانة (راجع العمليات الجراحية)

(المبحث الثالث فى سرطان البريتون)

هذا المرض اما أن يكون اصليا وهو السرطان الحاصل فى سمك الغشاء كالذى يصيب البليورا واما أن يكون تابعيا وهو الاكثر حصولا لانه يتبع سرطانات الاعضاء المجاورة كالمعدة والامعاء والكبد والبنكرياس والطحال فيتكون فى ثنيات السرب وحول السر أورام صغيرة تقرب من حجم البسلا ويقال لها السرطانات الدخنية للبريتون وهناك نوع يقال له السرطان الهلامى للبريتون وهو أكثر انتشارا من غيره ويعقبه احتقان العقد الليمفاوية المساريقية المقابلة وقد يحصل التهاب فى مواضع أخرى تسمى بالالتهابات البريتونية السرطانية

(الاعراض) - أعراض هذا السرطان تشابه أعراض الالتهاب البريتونى المزمن الدرنى وتظهر السرطانات الدخنية فى البريتون تدريجيا من غير أن تصحب باعراض مميزة لها الا بعض نقط التهابية ونضح والتهاب واضطراب فى التغوط وبالجس يحس أحيانا باورام فى البطن واذا استفرغت كمية من السائل فاما أن يكون مصليا مدمما واما أن يكون لبنى اللون مختلطا بقليل دم وذلك فى السرطان الهلامى لان مادته تشتمل على كرات شحمية أصلها سرطانى وقد يوجد فى هذا السائل بعض عناصر سرطانية

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض لا يمكن تأكيده الا بعد وجود الورم السرطانى مع كمية من سائل منسكب ويعتبر فى ذلك أيضا سن المريض وسوء قنيته واحتقان العقد المجاورة ويتميز عن الاورام الأخرى المحتمل وجودها فى البطن كالخراجات والاكياس والدرن بان ورم الخراجات والاكياس متموج مرن وببزله يستدل على طبيعة السائل الموجود فيه وأما الاورام الدرنية فتكون مصحوبة بتدرن اعضاء أخرى من الجسم

(المعالجة) - تنحصر فى تسكين الآلام بوضع اللبخ الساخنة على البطن وباعطاء المورفين ويلزم حفظ قوى المريض واذا علم الطبيب ان عملية استئصال السرطان تنجح ولا يعود فعل ما يناسب ذلك

(الباب الثامن فى أمراض الكبد والمسالك الصفراوية)

(المبحث الاول فى اليرقان النزلى)

هذا اليرقان يسمى أيضا باليرقان المعدى الاثنى عشرى

(الاسباب) - ينشأ هذا المرض عن النزلة المعوية لان التهابها يحتمل ان يمتد من الاثنى عشرى الى القناة المرارية والصفراوية وبذا يتعوق سير الصفراء المنصبة فى الامعاء فيحصل اضطراب ويكون اليرقان نتيجة هذا التعوق وينشأ أيضا من الافراط فى الاكل وعدم انتظامه وقد يحصل ولا يعلم سببه وبذا يظن أن لا سبب له وقد علم من المشاهدات انه يكثر فى فصل الخريف ويكتسب شكلا وبائيا ويظهر ان طبيعته العفنة تكون واضحة اذا ظهر ظهورا جنسيا فقد شوهد هذا المرض مرارا فى القشلاقات وفى بعض المنازل وعلى العموم جميع الاسباب التى تحدث الالتهاب المعدى المعوى

تحدث هذا اليرقان

(الاعراض) - تنحصر أعراض اليرقان فى قسمين الاول ما يكون نتيجة عدم نزول الصفراء فى الامعاء والثانى ما يكون نتيجة وجود حوامضها فى الدم أما الاول فقبل ظهور اليرقان تحصل أعراض الالتهاب المعدى الاثنى عشرى فيشاهد ثقل فى المعدة وتهوع وقىء وتغير فى طعم الفم وأحيانا تجشؤ ثم يشاهد اصفرار الجلد والاغشية المخاطية لان الصفراء تتراكم من ضيق القناة المرارية وتزداد كميتها مع المواد المخاطية المنفرزة فى تلك القناة وحويصلتها وحينئذ يتم عوق مسالك الصفراء فيزداد حجم الكبد وتصل الى منسوجها فتمتص باوعيته اللينفاوية ثم منها الى القناة الصدرية ثم الى الدم وهو ينشرها فى الجسم فيصفر وحينئذ يلتفت كل من الطبيب والمريض لهذا الاصفرار الذى يبتدئ بملتحمتى العينين ثم يمتد الى الجسم ويصطحب أحيانا بتراكم مادة ملونة لبعض نقط فى الجلد وبؤكال يزيد وقت النوم ويلجئ المريض الى الحك الذى يحصل منه سلخات أحيانا وأخرى دم وقد شوهد أيضا حصول أبخرة وبقع صفراء رائقة مرتفعة عن سطح الجلد يكون مجلسها عادة الاجفان سمتها الانكليز اكسنتيلاسيما كل ذلك ناشئ من عدم استحالة المواد الدهنية الى مستحلب لعوق الصفراء عن المرور فى الامعاء فانها هى التى تحيلها فحينئذ تتسلطن لعدم هضمها وتخرج المواد البرازية بيضاء لخلوها عنها

وأما القسم الثانى من الاعراض وهو نتيجة وجود الحوامض الصفراوية فى الدم فقد علمنا من الفسيولوجيا ان قوة تأثير هذه الحوامض كقوة تأثير السموم ولذا تتلف كرات الدم الحمراء اللازمة للجسم لكن تأثيرها هنا على كرات الدم ضعيف لكونها مخففة وأجزاء تركيبها مشابهة لبعضها أما تأثيرها على بعض المراكز العصبية فقوى فمن ذلك ومن تأثير صفراوات الصودا على عصب القلب أو على العصب الذى لا اسم له تبطؤ ضربات القلب ولا تنتظم ويتناقص النبض حتى يصل الى ٦٤ أو الى ٥٠ نبضة فى الدقيقة ولا تندر مشاهدة اضطرابات عصبية كخمود عمومى وضعف عضلى وألم عصبى دماغى وتغيرات فى القوى الارادية وغير ذلك ثم كل مصاب باليرقان عرضة لانزفة جلدية ومخاطية باطنية وظاهرية وقد تكون الصفراء عنصرا مضادا للعفونة فاذا فقدت حصل تعفن المواد

الكيلوسية بسرعة ولذا يكون برازهؤلاء المرضى ذا رائحة كريهة ولو بحث عنه بالميكروسكوب الرؤى فيه بلورات حزمية مكونة من صابون مانيزى وتتكون الغازات عندهم بسرعة فيحصل لهم امساك ويفقد تنبيه الصفراء وأخيرا تؤثر على البيبتون فتتلفه وتمنع تأثيره فتخرج المواد الدهنية والزلالية من غير هضم بسبب احتباس الصفراء والعصير المعدى فى آن واحد

ثم ان عناصر الصفراء منها ما يمتص كالحوامض التى تزول على غلبة الظن بتغير تركيبها ومنها ما لا تعلم استحالته كالتورين والكولسترين وأما المادة الملونة للصفراء فترتشح فى الانسجة ويخلص الجسم منها بواسطة المنسوج الكلوى

وبول من أصيب باليرقان يكون ذا لون دكن كلون البيرة واذا رج علته رغوة صفراء لا بيضاء كما فى البول المعتاد واذا غمرت فيه قطعة ورقة نشاش ابيض اصفرت واذا مزج بكمية من الكلوروفورم رسب فى قاع الاناء مصفرا واذا صب شيأ فشيأ على حافة اناء فيه حمض النتريك المتشبع بحمض النتروز رؤيت طبقات ملونة العليا منها خضراء والتى تليها زرقاء ثم بنفسجية ثم وردية (أجميلين) وقد شوهدت فى بولهم اسطوانات زجاجية الشكل مصفرة اللون وقليل من الزلال وكما تخرج المواد الملونة للصفراء مع البول تخرج مع العرق أيضا

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض سهل جدا بمعرفة الاعراض السابقة التى تأتى من جهة المعدة ويتميز عن الحصوات الصفراوية والمغص وأمراض الكبد بما سنذكره فى الكلام عليها

(التشريح المرضى) - التغيرات المرضية الصفراوية فى هذا النوع لا تشاهد عقب الموت كما يحصل ذلك فى كثير من التهابات الاغشية المخاطية وانما تشاهد الحويصلة المرارية وقناتها مملوأتين بالصفراء المشتملة على المواد المخاطية لاسيما فى الجزء المنفتح من القناة المرارية فى الامعاء ويكون الجزء التالى لهذا الطرف متمددا حتى يصل انتفاخه الى القنوات الصغيرة الصفراوية وعلى ذلك يزداد حجم الكبد ويوجد فيه كثير من المواد الملونة

(المدة والانتهاء) - هذا المرض يمكث أقل من شهر وانتهاؤه حميد عادة وقد يكون خطرا

وشفاؤه عسرا

(المعالجة) - حيث ان هذا المرض يزول تدريجيا فى زمن غير بعيد لا يحتاج الامر لشدة الاعتناء بالمعالجة نعم يؤمر المريض بالراحة وباتباع طعام لطيف (بهريز) لازالة ما عنده من النزلة المعوية الاثنى عشرية ولا يسمح له الا بكمية قليلة من اللحم الاحمر الخالى عن الشحوم والعيش الابيض والشوربة الخفيفة والخضراوات والمربات مع استعمال الملينات كزيت الخروع والزئبق الحلو ومنقوع الراوند وماء كارلسباد والقلويات وقد أوصوا باستعمال الحقن بالماء البارد بكمية كبيرة وبعضهم استعان على استفراغ الصفراء المجتمعة فى الحويصلة المرارية وقناتها بالضغط على هذا القسم وبعضهم استعمل الكهربائية لهذه الغاية لكن الكثير لم يتبع هاتين الطريقتين

(المبحث الثانى فى الحصوات الصفراوية)

وهى حصوات تتكون فى مجارى الصفراء ينشأ عنها ألم شديد يسمى بالمغص الكبدى

(الاسباب) - منها ماله تأثير مهم فى تكوين هذه الحصوات وهو وقوف الصفراء فان وقوفها ينشأ عنه ثخنها ورسوب ما كان ذائبا فيها من العناصر ومنها حصول تحليل وتركيب كيماوى فى عناصر الصفراء وبها يفسر التركيب الكيماوى لهذه الحصوات المخالف لتركيب الصفراء فان المادة الصفراوية لا توجد فى الحصوات بحالتها بل تكون مجتمعة مع الجير الذى لا يوجد عادة الا بكمية قليلة فيها و (فريريخ) قال ان الغشاء المخاطى للحويصلة المرارية له دخل فى تكوينها ويمكن أن الكولسترين وجزأ من المادة الملونة الصفراوية يذوبان فى الصفراء الطبيعية بمساعدة كوليات الصودا وبأى سبب من الاسباب يتحلل وتنتج عنه رواسب مكونة لهذه الجواهر ومشاهدة هذه الحصوات عند النساء أكثر منها عند الرجال وعند الضخام من النوعين أكثر من النحاف ومن الاسباب أيضا الحمل وسوء القنية

(الاعراض) - هذه الحصوات توجد فى الحويصلة اما بعدد مختلف الحجم ما بين الرملة والجوزة أو البيضة واما وحيدة بشكل بيضاوى مستطيل عادة اما شكل المتعددة فيكون مستديرا أو هرميا حوافيه مسطحة بسبب ضغطها على بعضها ويكون لونها أصفر برتقاليا

أومخضرا أومسوداوكثافتهاقبل جفافهاأثقل من الماءوهى امابسيطةأومركبةوالمركبة وهى الاكثرحصولا تتميز بقشرةونواةمكونةمن مادةملونة ومن الجير ومن خلايابشرية ونادرأن تكون من أجسام غريبةوأماالقشرةفكونةمن عدةطبقات من الكولسترين ومن مادةملونةوعلى كل حال فالعناصرالتى يكثروجودهافى الحصوات هى الكولسترين والمادةالملونةللصفراءوالاملاح الجيريةالاأن الكولسترين يكون ٧٠ فى ١٠٠ وأماالصفراءفلايكون منهاالاجزآن فى المائة ومن الجائزعدم ظهورأعراض لدى المصابين بتلك الحصوات خصوصا الشيوخ وحينئذلاتعلم اصابتهم بهاالابالصدفة التشريحية وتارةتحصل اضطرابات وأعراض مختلفةالشدةيمكن حصرهافى أربعة أقسام (الاول) الألم الذى يحصل من مرورالحصوات فى قنوات الصفراء (الثانى) اليرقان الذى يحدث من انسدادالقناةالصفراويةبالحصاة (الثالث) الاعراض التى تنتج من وقوف الحصاةفى الامعاءكالتهاب الاعور (الرابع) ماينشأمن خروج الحصوات من مسكنهاالى مسكن غيرطبيعى

(التشخيص) - تعرف الحصوات الصفراويةبالمغص فى قسم الكبدوالمعدة وظهور اليرقان وبوجودهافى الموادالبرازيةوبانتفاخ الحويصلةالصفراويةومع ذلك قديشتبه هذا المرض بالألم العصبى للقلب والمغص الكلوى ولكن اذاوجدانتفاخ الحويصلةزال الاشتباه فهوالعلامةالمهمةفى التشخيص ولاسيمااذاسمع من هذه الحويصلةبواسطة المسماع صوت فرقعى ناتج من احتكاك الحصوات ببعضهاوينتهى هذا المرض عادة بالشفاء

(المعالجة) - تنحصرفى أمرين الاول معالجةالعرض المتسلطن والثانى استعمال مايقذف الحصاةالى الخارج وحيث ان أهم عرض يعتنى بشأنه هوالالم لانه يكون شاقا شديدا كان من الواجب أولاالاخذفى تسكينه بواسطةالافيون والمورفين فيعطى من مسحوق الاول ٥ سنتجرام فى كل ساعتين مرةحتى يسكن الألم ومن الثانى سنتجرام واحد ويعطى أيضاالكورال والاتيركبريتيك ويوضع على المراق الايمن الثلج أوالالفائف المغمورةبالماءالساخن وقدفضل وضع المثانةالمملوءةبالجليدودلك قسم الكبدبزيت

الكلوروفورم ويستحب طول المكث فى الحمامات الساخنةوأماالقيئ فيسكن بالافيون وبرومورالبوتاسيوم وتعاطى بعض قطع صغيرةمن الثلج واذاطرأخمودكلى لزم تنبيه البنيةبشرب النبيذأوالقهوى مع الحقن بالايتيرأوالكافور وتستعمل المياه المعدنية القلويةمثل مياه كارلسبادوفيشى وغيرهما وقداستعملناالترمنتيناوالقلويات من الباطن والحمامات القلويةمن الظاهرفحصل من ذلك نجاح ويلزم أيضامعالجةمايصاحب هذا المرض من المضاعفات

(المبحث الثالث فى احتقان الكبد)

لما كان الكبدمشتملاعلى كثيرمن الاوعيةالوريديةوالشريانية كان عرضةللاحتقان أكثرمن غيره وهذا الاحتقان اماأن يكون أصلياوهوماينشأمن زيادةالدم الواردالى الكبدواماأن يكون تابعياوهوماينشأمن عوق الدم الصادرمن الكبد

(الاسباب) - أماالاول وهوالاصلى فيحدث من الافراط فى الاكل والمشروبات الروحية والمسهلات المتكررةلان ذلك ينوع دورةالوريدالباب ويزيدهروع الدم الى الكبد فيزدادحجمه ويحتقن ويحدث الاحتقان أيضامن أمراض المعى فان التنبيه المرضى الواقع على الغشاءالمخاطى المعوى ينتقل الى المراكزالعصبيةومنهايصل الى الكبدبالفعل المنعكس فيحتقن وكذامن الامراض العفنةلان الميكروبات تمتص بالاوعيةالمساريقيةومنهاتصل الى الوريدالباب ثم الى الكبدفتهيجه ويحتقن

وأماالثانى وهوالاحتقان التابعى الذى يسمى أيضاباحتقان الكبدالقلبى لاشتراك القلب فى حصوله فينشأمن تعوق سيرالدم من الكبدالى القلب وهذاالتعوق يحدث من أسباب كثيرةمن أمراض القلب وأمراض الرئتين أماالاولى فمنهاآفات الصمامات الاذينية البطينيةخصوصاالصمام اليسارى ومنهاالاستحالةالشحميةللقلب والتهاب التامور وغيره وذلك لان الاجوف السفلى حينئذلايقبل الدم الآتى من الكبدوبذايتراكم فيه ويحتقن وأماالثانيةوهى أمراض الرئتين فمنهاالالتهاب الرئوى الليفى والبليوراوى وأنفزيماالرئة وضمورهاوغيرذلك وليس التعوق شرطافى حصول الاحتقان بل يجوزانه يوجدأوليا ومن أسباب هذا المرض أيضاجميع الاورام التى تضغط على الاجوف السفلى فانهاتعوق

سير الدم وكذلك أمراض الحجاب الحاجز والحميات المتقطعة والدائمية ويشاهد فى البلاد الحارة أكثر من الباردة لاشتغال الكبد فى الاولى بوظيفة أكثر من الثانية وعند الكهول أكثر من الشبان

(الاعراض) - تكون أولية وتابعية فالاولى هى احساس المريض بثقل غير عادى فى قسم الكبد مع ألم فيه يزداد بالضغط والنوم على البطن وازدياد حجم الكبد حتى انا بالقرع والجس على المراق الايمن نجده نازلا عن الحافة السفلى للاضلاع الكاذبة بسنتيمترين أو أكثر وقد لا تظهر تلك العلامات بتمامها اذا كان هذا المرض تابعا لامراض القلب أو الرئتين بل تبقى كامنة زمنا طويلا ولا يشتكى المريض الا بالاعراض الناشئة من تلك الامراض كسرعة ضربات القلب وعدم انتظامها والاوزيما التى تظهر جهة الكعبين وغير ذلك وقد تظهر الاعراض الخاصة بالاحتقان مع تلك الامراض

وأما الاعراض التابعية فهى اليرقان الذى ينشأ امامن زيادة مواد الصفراء وعدم تصريفها وامامن تأثير ميخانيكى للاوعية الكبدية الممتلئة بالدم لانها تضغط على ابتداء القنوات الصفراوية فتنحبس الصفراء ويظهر اليرقان ويندر وجود القيء والاسهال الصفراويين كما يندر وجود الحمى اذ لا تشاهد فى هذا المرض الا فى البلاد الحارة

(التشخيص) - بمعرفة ماذكر من الاعراض والاسباب يكون تشخيص هذا المرض سهلا

(التشريح المرضى) - اذا فتحنا جثة من توفى بهذا المرض نجد حجم الكبد زائدا بلا تغير فى شكله ويكون سطحه أحمر دكنا واذا شق سال منه دم أكثر من الحالة المعتادة وسطح المقطع يكون أحمر قانئا اذا كان المرض حديثا أما اذا كان قديما فيتلون بألوان مختلفة ناتجة عن تلون فصيصات الكبد فان جزءها المركزى يكون أحمر دكنا لامتلاء فريعات الوريد فوق الكبد بالدم وأما جزؤها الدائرى فيكون سنجابيا باهتا لخلو فريعات الوريد الباب من الدم ولاستحالة خلاياه الى الحالة الشحمية ووجود المادة الملونة فيه ولكون هذه الهيئة تشبه هيئة مقطع جوز الطيب سمى الكبد بكبد جوزة الطيب ثم اذا تقدم الداء نرى ضمور وارتشاح الكبد لامتصاص جزء من مادة الارتشاح مع جزء من النسيج ومع وجود هذه

التغيرات

التغيرات التشريحية الخاصة بالكبد قد يمتد الاحتقان الى بعض الاحشاء الأخرى كالطحال والكليتين وغيرهما

(الانتهاء) ينتهى هذا المرض عادة بالشفاء فى مدة تختلف من ثمانية أيام الى عشرة

(المعالجة) - تنحصر فى تجنب جميع الاسباب التى تحدث هذا الداء فيلزم تنظيم التغذية مع عدم الافراط فيها والمنع من المشروبات الروحية واذا كان الاحتقان من التأثير الآجامى يعالج بسلفات الكينا وغيرها وأما معالجة المرض نفسه فتنحصر فيما يخفف ضغط الدم المالئ للوريد الاجوف والاوردة على الكبد وذلك يكون باعطاء مدرات البول والحجامة الرطبة وارسال العلق على قسم الكبد واستعمال المياه القلوية كماء فيشى وكارلسباد وغيرهما مع يودور البوتاسيوم والراوند وتستعمل الادوية المقوية والمنظمة لضربات القلب كالديجيتالا ويمنع المريض من عمل المجهودات القوية كالصعود على السلم وغيره حذرا من اصابة القلب لاسيما فى الاحتقان الكبدى القلبى

(المبحث الرابع فى الالتهاب الكبدى التقيحى)

(أى اخراج الكبد)

هذا المرض هو التهاب يصيب منسوج الكبد وينتهى غالبا بالتقيح وتكثر اصابته للشبان والكهول من الرجال ويندر جدا عند الاطفال المولودين حديثا ولا يكون ذلك الا من التهاب أوعية الحبل السرى وقد شاهدناه عند طفل يبلغ ست سنين تقريبا

(الاسباب) - كثيرا ما يشاهد فى البلاد الحارة خصوصا عند مدمنى المشروبات الروحية وينشأ غالبا عقب بعض الحميات لتأثير ميكروبها على الكبد وأمراض الجهاز التناسلى البولى والالتهابات الحصوية والاوعية الكبدية شريانية أو وريدية وكذلك أمراض القلب والرئتين وأمراض المسالك الصفراوية وقد يحصل من نفس أمراض القلب كسرطانه ودرنه وغير ذلك ومن الامتصاص الصديدى ومن المؤثرات البادية كالجروح والرضوض والصدمات الواقعة على قسم الكبد

(الاعراض) - هى اما موضعية واما عمومية فالموضعية منها زيادة حجم الكبد الناشئة من الالتهاب ومن تجمع المواد القيحية ويعرف ذلك بالقرع والجس اذ قد يصل الكبد من

أعلى الى الضلع الثالثة ومن أسفل الى الشوكة الحرقفية ومن الجهة اليسرى الى المراق الايسر حتى يغطى القسم الشراسيفى وفى بعض الاحيان لايزيد حجمه الابعض سنتيمترات ولا يستشعر المريض بوجود خراجه زمناطويلا ولا يعرف حينئذ الابعد الوفاة وفعل الصفة التشريحية ومنها الالم الذى يكون تارة خفيفا ويزداد بالضغط وحركات التنفس وتارة شديدا ويمتد الى الاجزاء المجاورة خصوصا الكتف الايمن وبعضهم شاهده ممتدا الى الايسر فى حالة اصابة الفص اليسارى وشدة الالم فى الخراجات السطحية أقوى منها فى الغائرة وقد لايوجد فى الخراجات الصغيرة ألم ومنها سعال شاق جاف ناتج من ضيق الشعب الحاصل من ضغط الكبد حين زيادته على الرئتين ومن تنبيه عصب الحجاب الحاجز والعصب الرئوى المعدى وقد يسمع صوت احتكاكى فى قسم المراق الايمن وذلك اذا كان مجلس الخراج جهة السطح الظاهر للكبد اذ يحدث حينئذ التهاب بريتونى محدود قاصر على الوريقة الحشوية ففى أثناء حركات التنفس تحتك الوريقة الجدرانية بالوريقة الحشوية فيتولد هذا الصوت ومنها اليرقان الذى يحدث من ضغط الخراج على مسالك الصفراء وامتصاصها بالاوعية الليمفاوية وظهوره قد يكون سريعا اذا قرب مجلس الخراج من هذه المسالك وقد يكون بطيئا اذا بعد مجلسه عنها ثم امتد اليها تدريجا أما اذا لم يمتد اليها فلا يظهر اليرقان ومنها الاحساس بالتموج اذا كان الخراج فى السطح الظاهر للكبد أما اذا كان فى الجزء الغائر فلا يحس بذلك وتعسر معرفته ولا يعرف حينئذ الا بالاوزيما التى تظهر على الجلد فى مقابلته

وأما الاعراض العمومية فهى حمى تبتدئ بقشعريرة مصحوبة بارتفاع حرارة مستمرة أو متقطعة وبعرق وفتور وفقد شهية ثم تحصل النحافة ولا يعول على الحمى فى التشخيص الا اذا وجدت الاعراض الموضعية

(التشخيص) — معرفة خراج الكبد صعب لاسيما اذا كان مجلسه الجزء الغائر لانه يشتبه ببعض أمراض الكبد كديدانه الحويصلية والتدرن وباحتباس الصفراء وبالحميات وبالسل الرئوى وبالالتهاب البليوراوى وبالخراجات التى تتولد على جدر البطن فى محاذاة قسم الكبد الا أنه يتميز عن ديدانه الحويصلية والتدرن بانه يحس فى الديدان عند الضغط عليه بأزيز ويكون سطحه فى التدرن غير منتظم مصحوبا بتدرن بعض اعضاء أخرى ويتميز

عن احتباس الصفراء وحصواتها بان شكل الورم فيها يكون كمثريا وحويصلاتها تتجاوز حافة الكبد ويتميز عن زيادة حجمه فى الحميات بفقد تموجه واعطاء ملح الكينا يقطع الشك لانه حجم الكبد ينقص به فى الحميات ولا يتغير به فى الخراج ويتميز عن السل الرئوى والبليوراوى بأعراضهما التى ستذكر فى أبوابهما وعن الخراجات التى تتولد على جدر البطن بانها تكون سطحية ولا يكون حجم الكبد فيها زائدا ويسهل الاحساس بتموجه

(التشريح المرضى) — اذا كان الخراج جهة سطح الكبد الظاهرى رؤى على هيئة ورم مختلف الحجم فى الفص الايمن أو اليسارى وأما اذا كان الخراج فى منسوج الكبد الغائر فلا يشاهد الا بالشق فنجد فى داخله بورة صديدية أو بورات مجلسها الجزء العلوى أو السفلى أو اليمينى أو اليسارى وحجمها يختلف من حجم الليمون الى حجم البرتقال أو أزيد وبشقها نجدها مكونة من تجويف محتو على سائل قيحى وجدره مختلفة السمك وسطحه غير منتظم مغطى بغشاء ومنسوج الكبد المجاور لهذا الغشاء يكون محتقنا أو فيه استحالة شحمية أو نشوية ويشتمل هذا التجويف أيضا على استطالات صغيرة وألجمة حقيقية وفيه أيضا عدة فتحات صغيرة هى فتحات الشرايين والاوردة والقنوات الصفراوية الكبيرة وهذا السائل القيحى عبارة عن مادة قيحية مزرقة أو مصفرة تحتوى على بعض مواد دموية وبحث هذه المادة بالميكروسكوب نجدها مكونة من كرات قيحية عبارة عن مواد دهنية ومن خلايا كبدية وكرات حمراء وبيضاء وميكروبات وبعض ندف صغيرة من منسوج الكبد وقد توجد التصاقات بين الكبد والاعضاء المجاورة له

(السير والانتهاء) — يندر أن يكون سير هذا المرض بطيئا ويمكث مدة طويلة ومتى كان السير سريعا امتد المرض وربما انتهى بالموت وقد ينتهى الخراج بفتحه اما فى الامعاء واما فى الشعب أو البريتون واما الى الظاهر بفتحة مقابلة لفتحة الباطن أو غير مقابلة

(المعالجة) — زوال الخراج متى علم وجوده بالحجامة والادوية غير مأمول بل لابد من فعل العملية الجراحية لذلك انما تعطى الادوية لتسكين الالم فقط حتى يأتى الوقت المناسب لفعل العملية الجراحية وهى شق الخراج أو بزله واستعمال أنابيب من الصمغ المرن مع استعمال الاساوة بمضادات التعفن

(المبحث الخامس فى الالتهاب الكبدى المزمن الخلالى)

(ويسمى أيضا بسيروز لينك وبالكبد الحبيبى)

وهو التهاب مزمن منتشر يظهر فى المنسوج الخلوى للكبد ويعقبه فى أغلب الاحوال ضمور هذا المنسوج

(الاسباب) ــ السبب المهم هو الافراط فى المشروبات الروحية مدة طويلة ولذا سماه الانجليز بكبد شربى الجن فان المشروبات الروحية تؤثر أولا اما على الخلايا الكبدية فيحصل اضطراب فى تغذيتها وتنتهى بالزوال واما على المنسوج الخلوى الخلالى فيحدث فيه التهاب مزمن واما على هذين الاثنين معا وعلى كل فالنتيجة واحدة وتشاهد فى الجزء الدائرى للفصيصات وبعضهم جعل السبب هو كثرة تعاطى المتبلات ويعد من أسبابه أيضا الامراض العفنة خصوصا الحميات المتقطعة

(الاعراض) ــ قد يمكث هذا المرض مدة بلا ظهور علامة تدل على وجوده ولا يعلم الا من الصفة التشريحية وقد يسبق بأعراض هجوم لكن لا يعلم كونها خاصة به أو بآفة أخرى مصاحبة له خصوصا النزلة المعدية المزمنة والمعوية التى تصاحبه لدى مدمنى الخمر وتلك الاعراض هى فقد الشهية والاحساس بألم فى القسم الشراسيفى والقلس والقئ والامساك ولهذا الداء اعراض أخرى خطرة لا تطرأ الا فى دوره الثانى أى بعد حصول عوق دورة الوريد الباب وأول ظاهرة منها يكون مجلسها الاوردة البريتونية المحيطة بالكبد وهى حصول خفقان واستسقاء فى البطن وزيادة حجم الطحال من احتقانه بالدم والارتشاح فيه حتى يصير حجمه ضعف حجمه المعتاد مرة أو مرتين ومن اضطراب التغذية العمومية يخف الجسم وتحصل أوزيما فى الساقين وفى الصفن وفى الاجزاء المنحدرة كالبطن وهذه الاوزيما تابعة للاستسقاء البطنى الذى يضغط على تجويف البطن فيعوق سير الدم فى الاطراف السفلى ومما شوهد أثناء سير هذا المرض حتى فى دوره الاول الانزفة المعوية والمعدية فترى المواد البرازية ملوثة به وأما النزيف المريئى فنادر كما يندر هنا حصول يرقان خفيف فاذا حصل كان متعلقا بوجود نزلة الاثنى عشرى أو بضغط وقع على مسير الصفراء

وبالقرع

وبالقرع يستدل على زيادة حجم الكبد وان أصميته جاوزت حافة الاضلاع وبالجس يحس أولا باستواء سطح الكبد ثم يصير غير مستو أى به نتوآت وفى هذا المرض لا تطرأ حركة حمية الا اذا حصلت مضاعفة كما لا يتغير لون البول ولا ينقص الا اذا أخذ الاستسقاء الزقى فى التكوين وحينئذ يصير ذا لون دكن وربما تظهر فيه مادة سكرية

(المضاعفات) ــ قد ينشأ من الاسباب المرضية التى أحدثت هذا المرض ضمور الكبد والالتهاب السحائى المزمن والالتهاب البريتونى الدرنى

(التشخيص) ــ تسهل معرفة هذا المرض بابتداء وجود الاستسقاء الزقى وتكون ورم فى المراق الايمن يعقبه ضمور الكبد وعدم انتظام سطحه اذا لم توجد أوزيما فى النصف العلوى من الجسم ولم يزد سائل الاستسقاء أما اذا زاد حتى غير الكبد فلا يعرف عدم انتظام سطحه كما لا يعرف ضموره اذا كان هناك أمراض زهرية كبدية وحينئذ يستعان على التشخيص بمعرفة سوابق المرض والامراض المصاحبة له ويتميز عن الكبد النشوى اذا اشتبه به بمعرفة الاسباب وملاسة سطح النشوى وعدم تناقص ضخامته ووجود زلال فى بول صاحبه لاستحالة الكلى أيضا الى الحالة النشوية واذا اشتبه بالسرطان الكبدى يتميز عنه بالسن المتقدم فى السرطان أو بالكاشكسيا أو بوجود سرطان فى عضو آخر ويتميز عن الاحتقان الكبدى أيضا بالاعراض التى ذكرت له

(المدة والانتهاء) ــ مدة هذا المرض لا يمكن حصرها لعدم امكان معرفة ابتدائه ومع ذلك لا يزيد عن ثلاث سنين ولا ينقص عن سنة وانتهاؤه محزن لانداره بالخطر اذ الموت يعقب الضعف العمومى وفتور قوى المريض وأحيانا التشنج والهجيرى (الهذيان) والكوما

(التشريح المرضى) ــ للتغيرات التشريحية المرضية هنا طوران ففى الاول يكون الكبد كبير الحجم متينا وحافته غير حادة وسطحه غير منتظم فيتكون منسوج خلوى جديد وفى الطور الثانى يكون لون ما بين الفصيصات المكونة من منسوج خلوى أحمر سنجابيا يزول شيأ فشيأ حتى تتميز الفصيصات من بعضها ثم تزول بعد ذلك ويضمر الكبد فتانة الكبد وزيادة حجمه فى الابتداء مرتبطتان بغزارة الارتشاح الخلوى وتكوين منسوجه الجديد الذى يعم الفصيصات ولذا تأخذ الخلايا الكبدية فى الضمور فيضمر العضو أو جزؤه

أو تأخذ فى الاستحالة الشحمية وبعد ذلك يحصل ضمور المنسوج الخلوى الجديد فيتلف العضو ويزول المنسوج الكبدى لكن المذهب المتبع الآن هو أن زوال المنسوج الكبدى ناشئ عن اضطراب عظيم فى الاوعية الشعرية بين الفصيصات الآتية من الوريد الباب فيحصل انسدادها وتزول بتقلص المنسوج الخلوى وبهذه الطريقة يعود على نفسه شيأ فشيأ حتى يضمر ويصير سطحه حبيبيا وشكله غير منتظم واذا بحث بالميكروسكوب على فلذة منه لا يرى لمنسوجه الا آثار مع بعض فصيصات محاطة بخيطان عريضة وسميكة من المنسوج الخلالى ولوجود منسوج جديد يرى تراكم المواد الملونة أيضا وعلى كل لا يوجد فاصل بين هذين الطورين ومن الجائز أن يشاهدا فى كبد واحد بأن يكون حبيبيا من جهة ومحتقنا أملس من جهة أخرى

(المعالجه) - يلزم أولا منع المريض من المشروبات الروحية والافراط فى الاكل ثم تعالج الاعراض المتسلطنة وليس لاستعمال يودور البوتاسيوم نفع هنا لان تأثيره لا يكون الا فى الكبد الزهرى ويلزم أيضا اراحة المريض واعطاؤه المقويات وبهذه الواسطة ربما يقف الداء أو يزول وأما الادوية الأخرى التى أوصوا باستعمالها فالمقصود منها منع احتقان الاوعية الاصلية للوريد الباب ثم مساعدة امتصاص سائل الاستسقاء بتنقيص سائل البنية فلاجل الوصول الى المقصد الاول استعملت المسهلات وخصوصا الملحية مع اعطاء كمية من الزئبق الحلو من ٣ الى ٥ سنتى فى كل يوم مرة والمسهلات الشديدة كالصمغ النقطى تنفع هنا أيضا ولكن لا تعطى المسهلات الا اذا لم يحصل منها ضرر للجهاز الهضمى وينجح هنا أيضا استعمال مياه كارلسباد أو مارينباد أو فيشى أما الوصول الى المقصد الثانى فيكون باستعمال مدرات البول كخلات البوتاسا وبصل العنصر وحب العرعر وفى بلاد الانكليز يستعمل لمعالجة الاستسقاء بلسم وراتينج الكوباى بكمية لا تزيد عن جرام واحد فى اليوم وهذا العلاج يعطى فى محافظ هلامية واذا امتد الاستسقاء حتى أحدث ضغطا على الجهاز التنفسى فعلت عملية البطء لاراحة المريض ثم يحزم البطن لعوق هذا السائل وتعالج الاعراض الاخرى بما يناسبها

(المبحث

(المبحث السادس فى السيروز الصفراوى الضخامى)

هذا المرض وان كان نوعا من السيروز المعتاد المذكور آنفا الا أنه يختص بامور تدعو الى افراده بمبحث مخصوص لانه اما تابعى واما أصلى فالتابعى ينشأ من عوق الصفراء بأى سبب فالخلايا تضمر من رسوب المادة الملونة فى النسيج الخلالى ويحل محلها منسوج ضام فيزداد حجم الكبد ويظهر تأثير المواد الصفراوية على الجسم وتنشأ الاعراض التى سنذكرها فهذه الحالة هى المسماة بالسيروز الصفراوى الضخامى تمييزا له عن الضمورى (شاركو) وأما النوع الاصلى فيطرأ بغير سبب معلوم ووجوده عند مدمنى الخمر كثير

(الاعراض) - يشاهد فى النوعين تمدد الكبد وملل وغثيان ويرقان خفيف فى الابتداء ثم يزداد ويستمر مدة المرض ولا يحصل هنا استسقاء وان حصل كان خفيفا وبالبحث على قسم الكبد تعلم زيادة حجمه وملاسة سطحه غالبا ومن الجائز أن يحصل ضمور الكبد أو الاستحالة الشحمية من غير أن يحصل سيروز فيه

ويمكث هذا المرض سنة أو سنتين وقد يزيد عن ذلك وانتهاؤه محزن واذا حصل تحسين كان وقتيا والموت يحصل عقب الكوما

(التشخيص) - يعرف هذا المرض بيرقان ذى سير بطئ وبزيادة حجم الكبد المصاحبة له دائما وورمه وعدم حصول الاستسقاء الزقى وبالسبب المحدث حبس الصفراء كالحصوات والاورام وبتمدد الحويصلة المرارية وأصمية قسمها

(المعالجة) - يعالج هذا الداء بمعالجة داء اليرقان النزلى والحصوات الكبدية فيعطى الزئبق الحلو بكمية قليلة

(المبحث السابع فى الضمور الاصفر للكبد)

يوصف هذا المرض باستحالة شحمية فى الخلايا الكبدية وبصغر حجم الكبد

(الاسباب) - تنشأ هذه الاستحالة أحيانا من الامراض العفنة الحادة الخطرة كالتيفوس الباطنى والحمى الآجامية والامراض التسممية والنفاسية ومن أمراض الكبد ومن الصفراء مدة طويلة ويكون جزأ من التغيرات التى تعقب التسمم بالفوسفور وأحيانا يحصل

بلا سبب معلوم عند من كانوا متمتعين بصحة جيدة والشبان وهم فى الخامسة عشرة الى الخامسة والثلاثين من سنهم أكثر عرضة له من غيرهم وكذلك النساء أكثر عرضة من الرجال خصوصا الحوامل

ولمشاهدته فى أشخاص عائلة واحدة عده بعضهم من الامراض المعدية العفنة خصوصا لما أظهر (كليبس) فى أوعيته المكروكوكوس لكن هذا يحتاج لبعض ابحاث تحققه

(الاعراض والسير) ـ لسير هذا المرض عادة طوران ففى الاول تظهر أعراض الهجوم وفى الثانى تظهر الاعراض الموضعية فمن أعراض الهجوم وجود اضطراب فى الصحة العمومية وفى القناة المعوية المعدية وضعف فى القوى وقلة فى الشهية وآلام رأسية خفيفة وغثيان وقيء وأحيانا حمى خفيفة ويرقان يشبه اليرقان النزلى

ومن الاعراض الموضعية اضطرابات عصبية خطرة تبتدئ بآلام شديدة فى الرأس وخفيفة فى المراق الايمن وأرق واختلال فى التصورات وعسر فى التكلم وهذيان كثير وتنبه يقرب من درجة الجنون وتشنج فى بعض العضلات واجهاض للحوامل عادة ويندر حصول نوب صرعية ثم يعقب هذه الحالة خمود وكوما مستطيلة يحصل الموت فى أثنائها أو عقبها ومن اضطراب التغذية واسترخاء جدر الاوعية استرخاء غير طبيعى تحصل أنزفة فى الجلد وفى الاغشية المخاطية والمواد البرازية ورعاف وقيء مدمم وغير ذلك واذا بحثنا على قسم الكبد عند تسلطن الداء سمعنا أصمية ناقصة لصغر حجم الكبد بعد صغر الفص اليسارى وعلى قسم الطحال سمعنا لكبر حجمه أصمية ممتدة

وسبب هذه الاعراض العصبية لم يعلم حقيقة الى الآن وان كان بعضهم نسبه الى تأثير عناصر الصفراء وبعضهم الى أنيميا المخ وعلى كل حال فاليرقان الذى يظهر فى الطور الاول يستمر فى الثانى أيضا فلذا ترى فى البول المواد الملونة للصفراء والحوامض الصفراوية اللتين تنشآن من عوق الصفراء الذى يكون غالبا فى انتهاء القناة لان الحويصلة المرارية توجد خالية منها

ومعرفة التغيرات المرضية للبول مهمة أيضا لان كميته تارة تكون معتادة وأخرى متناقصة وزنته النوعية زائدة والزلال والمادة الملونة للصفراء كثيرة فيه كما ذكرنا والمعلم (فريرخ)

استكشف نقص كمية البولينا منه أيضا ويوجد فى مركبات أخرى ناشئة من تحليل المواد الزلالية المعتبرة درجة تأكسدها أقل مما يحصل فى البولينا ويعد من هذه المركبات اللوسين والتورسين اللذان يوجدان فى البول ويستدل عليهما بالمركبات الكيماوية وبالبحث الميكروسكوبى ويعرفان ببلوراتهما التى تتكون على الزجاجة المرئية عقب تبخير نقط منه وأما الحوامض التى توجد فى هذا البول فهى الميبولكتيك والاوكسيا مجدا اليك والجواهر البيبتونودية وكمية من الكرياتين وأما الحرارة هنا فلا تزيد عن الحالة الطبيعية الا فى آخر المرض أحيانا

وهذا المرض يمكث فى الدور الاول بعض جمع وفى الدور الثانى بعض أيام ويندر أن يمكث جمعة

(التشخيص) ـ ان أعراض الطور الاول لا تدل الا على اليرقان النزلى فلا يمكن تحقيق المرض الا فى طوره الثانى باليرقان والألم الرأسى والكبدى والانزفة وحالة الدم التى لا تشاهد فى آفة أخرى حتى فى التسمم بالفوسفور والاعراض العصبية وعدم ظهور اللوسين والتورسين فى البول الا نادرا وغير ذلك

(التشريح المرضى) ـ عند فتح الجثة نرى ان الكبد ضامر ضمورا محسوسا كأن حجمه المعتاد نقص النصف أو الثلث وان المحفظة فوقه منكمشة وقوامه عجينى رخو حتى ان أثر ضغط الاصبع عليه يبقى مدة ولون سطحه ومقطعه أصفر أو زعفرانى وأحيانا يكون أحمر ضاربا الى الصفرة وقد سماه بعضهم حينئذ بالضمور المختلف

والبحث بالميكروسكوب يدل على وجود استحالة شحمية فى حويصلات الكبد التى تمتد أحيانا الى المنسوج الخلوى وفى بعض أعضاء أخرى كالكليتين والقلب الا ان درجتها فى هذه قليلة ويشاهد فى النقط التى كثرت الاستحالة فيها ندف ومادة ملونة وفى النقط الاخرى يشاهد أن المنسوج الخلوى والاوعية محتقنة بالدم الذى يجعل الكبد أحمر دكنا وتشاهد أيضا زيادة حجم الطحال وبللورات فربرى المكونة من اللوسين والتورسين ولا يندر مشاهدة بورات دموية على أسطحة الاغشية المخاطية ناتجة من الانزفة التى حصلت مدة الحياة

(المعالجة) - معالجة نفس الضمور وان كانت لاتجدى نفعا الا أنه يلزم الاجتهاد فى تسكين الآلام العصبية بوضع الجليد على الرأس واستعمال الحمامات واعطاء المخدرات كالزئبق الحلو وتعالج الاعراض بما يناسبها

(المبحث الثامن فى اليرقان الخطر أو الدم الصفراوى)

(الاسباب) - ينشأ هذا المرض غالبا من عوق الصفراء المزمن الذى ينشأ من انسداد القناة المرارية أو الصفراوية بحصاة أو من ضيق مستمر فى مسالكها بسبب سرطان أو تكون دم فى محل فتحتها من الاثنى عشرى فمتى حصل هذا العوق وجد اليرقان

(الاعراض) - الاعراض العصبية الخطرة التى تحصل من أمراض الكبد وخصوصا أعراض الطور الثانى من الضمور الاصفر توجد هنا دفعة واحدة فيطرأ ألم مخى شديد وهذيان وتشنجات وكوما واستحالة شحمية وأنزفة فى الاغشية المخاطية والجلد وحمى شديدة درجتها من ٣٩ الى ٤١ ثم بعد بضعة أيام يحصل الموت فهذه الحالة تسمى باليرقان الخطر

وسبب هذه الاضطرابات لم تعلم حقيقته الى الآن وان حكى العلماء لذلك ثلاثة مذاهب الاول امتصاص عناصر الصفراء بالدم خصوصا حوامضها وتأثيرها على الجسم (ليدن) وقد وهن هذا المذهب ما شوهد من وجود هذه الاعراض بلا يرقان احتباسى الثانى أنيميا المخ (تروب) الثالث تأثير بعض المواد السمية التى توجد أحيانا فى الدم أو فى المنسوجات (فريريخ)

(المبحث التاسع فى يرقان المولودين حديثا)

قد يشاهد عقب ولادة الاطفال ليوم أو أربعة اصفرار جلدهم الوردى عادة خصوصا الوجه والجذع والضعفاء منهم أكثر عرضة له من غيرهم ولا يمكث الا جمعة أو اثنتين ثم يزول ولا يبقى له أثر وانتهاؤه جيد مالم تحصل مضاعفة ولم يشترك مع اليرقان وهو ينشأ غالبا أثناء اضطراب الهضم أو الجسم وقد ذكروا أبحاثا كثيرة فى سببه لكن لم يقبل واحد منها واذن لا ضرورة لشرحها هنا بل نقول من الجائز أن تكون القنوات الصفراوية ضيقة وقوة

انقذافها منها ضعيفة فلقد شوهد حصول هذا اليرقان بسبب انسداد مجارى الصفراء عند بعض الاطفال ولكن استمرت تلك حتى انتهت بالموت

(المبحث العاشر فى الاصابات الزهرية للكبد)

قد ذكرنا هذا المرض هنا لمشابهة أعراضه لأعراض أنواع السيروز التى ذكرت

(الاسباب) - يحصل هذا المرض للاطفال بالوراثة ولغيرهم بالعدوى لانه يصيب كبد الاطفال عقب الظهور الزهرى فى بنيتهم لسرعة سيره عندهم وأما عند غيرهم فلا يظهر فى كبدهم الا فى الدور الثالث للبنى وابتداء اصابته عندهم لا تعلم ولذا قيل ان سببه فى الحالة الاولى الوراثة وفى الثانية العدوى

(الاعراض) - فى ابتداء المرض لا يوجد ألم ولا حمى ثم توجد اضطرابات هضمية فيحصل ضعف فى الهضم وفقد فى الشهية ويوجد اسهال وأوزيما فى الاطراف السفلى ونحافة فى الجسم وضعف فى القوى ويصير لون الجسم قريبا من اللون اليرقانى ولا يعرف من البحث على قسم الكبد الا علامات قليلة كزيادة حجمه ووجود أورام صمغية مختلفة الحجم وتكون نتوآت فى سطحه ونوع الاصابة الزهرية للكبد تكون عادة كالزهرى الصمغى والنشوى أو السيروز الزهرى الا أنه فى هذا الاخير يحصل استسقاء

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض صعب لا يمكن الحكم بوجوده حقيقة لان سيره بطئ ولا نعلم من اضطراب حالة الكبد وزيادة حجم الطحال ووجود الاستسقاء الزقى الا وجود آفة فى الكبد لا نميزها نعم نرجح وجوده بأسبابه وأعراضه فاذا شوهدت الاعراض السابقة خصوصا عند مدمنى الخمر ترجح وجود سيروز معتاد ثم اذا ظهرت علامات الزهرى كآثار الالتحام والاورام العظمية حكمنا حينئذ بان الاصابة زهرية

(التشريح المرضى) - التغيرات المرضية تشاهد فى الكبد الزهرى اما منتشرة واما محدودة فالحالة الاولى لا يمكن تمييزها عن الالتهاب الكبدى الخلالى وأما الثانية وهى الاكثر أهمية فتكون فيها النتوآت الصمغية كبيرة مثل التفاحة أو أكبر ومجلسها يكون سطح الكبد المحدودب خصوصا بقرب الرباط المعلق ثم بجوار قرحته ومحفظة جليسون ومتى وصلت هذه النتوآت الى دور الضمور نقص حجم الكبد وصار فصيصيا ثم تمتد الاصابة الى الاوعية

والاعضاء المجاورة

(المعالجة) — متى علم أو ظن وجود الداء تستعمل الادوية المضادة للزهرى فباستعمال الادوية الزئبقية ويودور البوتاسيوم يحصل نجاح اذا كانت التغيرات صمغية ولم يحصل الضمور والاعوجاج الاعراض لان علاج نفس الداء حينئذ لا ينجع

(المبحث الحادى عشر فى السرطان الكبدى وقنواته الصفراوية)

السرطان الكبدى الاصلى نادر والتابعى كثير

(الاسباب) — ينشأ هذا المرض من بطء دورة هذا العضو لان بطأها يسهل وقوف الاصل المرضى السرطانى المتخلل فى الدم و يصاب الكبد بانتقال ذلك الاصل اليه من عضو مصاب كالمعدة والامعاء مطلقا والمرىء والبنكرياس وغيرها

(الاعراض) — لا يعرف الداء اذا كانت اصابة الكبد فى جزئه المركزى أو كانت التكونات السرطانية صغيرة أما اذا كانت المعدة مصابة بسرطان وظهر بالكبد بعض أعراض فيظن انتقاله منها الى الكبد وبالجس فى الابتداء يحس بورم أو أورام متصلة به وبالقرع تسمع أصمية تتحرك بحركة الكبد وقت التنفس ومتى زاد حجم السرطان زاد الكبد حتى يصل الى السرة أو أكثر وبالجس حينئذ يحس بنتوآت كالتفاحة أو الجوزة شاغلة لسطحه المقدم أو لحافته السفلية وبهذه الزيادة قد يحصل ضغط اما على أوردة الوريد الباب فيحدث استسقاء وأنيميا واما على القنوات الصفراوية فتحبس الصفراء ويحصل اليرقان واذا لم يحصل ضغط على القنوات ولا الاوردة بأن كان السرطان بعيدا عنها لا يشاهد استسقاء ولا يرقان ويضاف الى ما ذكر العلامات المرضية المميزة للمرض الاصلى المصاحب للسرطان وكذا الكاشكسيا السرطانية ان تقدم الداء وطالت مدته فتحصل النحافة والجمود مع أوزيما خفيفة فى الاطراف السفلى

(التشخيص) — يعرف التابعى بالاعراض التى ذكرناها والكاشكسيا السرطانية والاصلى بعدم مصاحبته لسرطانات أخرى ويعرف سرطان القنوات الصفراوية بوجود

اليرقان مدة طويلة ثم يضمحل الجسم ويعقب ذلك الموت

(التشريح المرضى) — يشاهد السرطان على سطح الكبد أو فى باطنه كأورام محدبة أو مفرطحة وقد يشاهد انتشاره فى الاجزاء المجاورة ووجود السرطان الاصلى فى القنوات الصفراوية أكثر من وجوده فى نفس الكبد فيشاهد فى القنوات الصفراوية والمرارية ومنها يسعى الى باطن الكبد وذلك عند من سنهم أربعون فصاعدا

(المعالجة) — تكون معالجة هذا الداء عرضية وتسكينية فقط

(المبحث الثانى عشر فى الاستحالة النشوية للكبد)

من الجائز أن الاستحالة الشحمية تظهر أثناء سير أمراض طويلة المدة كالتسوس والنيكروز والامتصاص الصديدى والدرن الرئوى وقد سبق ذكرها فى السيروز الاصفر والآن نذكرها فى الكبد فنقول استحالة الكبد النشوية اللون تجعل الكبد شبيها بدهن الخنزير الجامد متينا كبير الحجم فقد يصل الى الخط السرى ويكون سطحه مستويا واذا قطع ظهر سطح القطع أسمر سنجابيا لماعا وبوضع صبغة اليود على جزء من الكبد يتلون باللون الازرق وبالبحث الميكروسكوبى يرى أن كثرة اصابة الاستحالة خاصة بالاوعية الكبدية وأما اصابتها للخلايا فنادرة وقد تصحبه استحالة الطحال والكلى والامعاء

(المبحث الثالث عشر فى الديدان الحويصلية للكبد)

كبد الانسان عرضة للاصابة بالديدان الحويصلية حتى صار مسكنا لها

(الاسباب) — اصابة كبد الانسان بهذه الديدان تنشأ من انتقال الدودة الشريطية الحويصلية من الكلاب اليه بطريق المعدة ولذلك يشاهد كثيرا عند أهالى ارلندا لكثرة مخالطتهم للكلاب فتحصل العدوى أولا فى الفم ثم يسرى جنين هذه الدودة مع تيار الدورة حتى يصل الى الوريد وفى أغلب الاحيان الى الكبد فيسكنها وهذا لا يمنع من انتقاله الى الاعضاء الأخرى كالرئة والمخ والعظام ثم ينمو الجنين ويكون حويصلة ديدانية مملوءة بسائل خال عن الزلال ومبطنة بغشاء خلوى باطنى مشتمل على ألياف عضلية وأوعية ثم يتكون بجوار هذه الحويصلة كيس سميك من منسوج خلوى ثم بعد مضى نحو ستة أشهر تبلغ

الحويصلة حجم الجوزة ويتكون على السطح الباطن من المنسوج الخلوى غشاء يقال له الغشاء الخصب تظهر فيه رؤس الديدان الحويصلية فى كل رأس أربع ممصات وتاج بخطافين فتنغمر فى الكيس ثم تنقلب الى الخارج وفى العادة أن كل حويصلة ديدانية تكون حويصلات ثانوية يقال لها حويصلات البنات تتولد فيها بناتها وهذه الحويصلات مكونة من غلاف حويصلة الام أو من الغشاء الخصب ثم متى تكونت هذه الحويصلات انفصلت عن الام وعامت فى السائل وهذا التولد يكون عند الانسان من الداخل وعند غيره من خارج الغشاء

وهناك نوع آخر من هذه الحويصلات يشبه الورم فى الحجم ويقال له الدودة الحويصلية الكثيرة المساكن (فرشوف) وهى عبارة عن انتفاخ متين صلب قريب من حجم البسلى مكون من حويصلات تخويط فى حذاء الاوعية الليمفاوية أو فى باطنها وجائز أن تمكث عدة سنين وأن يصير حجمها قدر رأس الطفل وجائز أن تموت موتا معجلا أو مؤخرا وحينئذ تنكمش الحويصلات وتتكون رواسب جيرية فى هذا الانكماش

(الاعراض) — متى نمت الديدان الحويصلية واكتسبت حجما عظيما حصل ضغط وألم فى قسم الكبد وأحيانا تشغل وجهه المحدب فترفع الحجاب الحاجز وتضغط اما على الفص السفلى للرئة فيتعسر التنفس واما على الحويصلة المرارية فيحدث الاستسقاء البطنى وضخامة الطحال واليرقان ويتغير الكبد عن طبيعته من المتانة والصلابة والاستواء وكبر الحجم أما قبل نموها فلا يحس بأعراض كما لا يستشعر بتكون الرواسب الجيرية ولا يعلم وجودها الا بفتح الجثة

(التشخيص) — تشخيص الديدان الحويصلية للكبد مؤسس على تكون انتفاخات تحس باليد ذوات ارتفاعات مسطحة كروية وقوام متين أو مرن والصفة المميزة لها حقيقة هى وجود صوت احتكاكى مخصوص يسمى بالازيز الديدانى الذى يمكن احداثه بضغط الجزء المصاب أو بقرعه براحة اليد قرعا متواليا جافا ويتم التشخيص اذا وجدت الاكياس الحويصلية خارجة بأى سبيل أو بزلت الاورام الحويصلية فخرج سائلها ذا لون أصفر رائقا خاليا عن الزلال وبحثه بالميكروسكوب يرى فيه بعض صفائح وخطاطيف ويحقق

التشخيص أيضا وجود حمض السوكسينيك والسكر فى هذا السائل وفى بعض الاحيان قد يتعسر تمييز هذا المرض عن أمراض الكبد الاخرى ولا يتوصل الى ذلك الا بمعرفة جميع الاسباب والسن والحمى وبعض الاورام

(المعالجة) — اما ان تكون بالوسائط العلاجية كيودور البوتاسيوم والتحضيرات الزئبقية واما بالعملية الجراحية ولكن لا تفعل الا اذا امتد الداء وظهرت أعراض خطرة تلجئ اليها لانها لا تخلو عن الخطر وجائز أن يحصل نفع من بزل الكيس واستفراغ سائله حتى لا يعود الداء الا بعد زمن وقد استعمل بعضهم الحقن بصبغة اليود بعد البزل كما أنهم أوصوا بالصاق الكبد بجدر البطن قبل البزل والاستفراغ وذلك يكون بواسطة عجينة من كلورور الخارصين أو يفعل البزل بعدة آلات وتبقى الانابيب فى الكبد مدة حتى يحصل الالتصاق ثم توصل فتحات الآلات البازلة لبعضها بواسطة شق ثم يغسل التجويف بماء مضاد للعفونة فبذلك تحسن الحالة حتى تنتهى بالشفاء

(الباب التاسع فى أمراض الوريد الباب)

(المبحث الاول فى الالتهاب التقيحى للوريد الباب وفروعه)

فى الغالب أن هذا المرض يكون تابعا لالتهاب تقيحى مجاور ويندر أن يكون أصليا كما يندر ان تبتدئ اصابته بالجذع بل الكثير ابتداؤه بالفروع ثم يصل الى الجذع

(الاسباب) — ينشأ هذا الالتهاب عن تقرح المعدة أو الامعاء وعن الدوسنطاريا وخراج الطحال وقرحة الكبد وخراجه والخراجات الحصوية له وأحيانا عن ازدراد جسم غريب صلب وعن البكتيريا الملتصقة بالاجسام أما عند المولودين حديثا فسببه التهاب الوريد السرى

(الاعراض والسير) — لما كانت أعراض هذا الالتهاب تنشأ من الامتصاص الصديدى وتصاحب غالبا أعراضا أخرى ناتجة من الامراض المصاحبة له كانت معرفتها أحيانا عسرة وهى موضعية أو عمومية فالموضعية هى ألم ينتشر فى جزء من البطن السفلى والجانبى والقسم الشراسيفى وكبر الطحال الناشئ من عوق الدم فى الوريد بسبب انسداده حتى انه ان لم يحصل الموت معجلا حصل انسكاب دموى فى البريتون ويرقان يحصل من سريان

الالتهاب فى فروع الوريد الى القنوات الصفراوية المجاورة سواء كانت كبيرة أو صغيرة كما يحصل من وجود خراج فى الكبد أو حصوة

وأما العمومية فهى الحمى التى تزداد حتى تصل درجتها أحيانا الى ٤١ فصاعدا وتصحبها حالة تسممية خطرة فيصغر النبض ويحصل هذيان وقيء واسهال وتنحط قوى المريض بسرعة ورعشة تبتدئ بقشعريرة وتنتهى بعرق غزير وهذه النوبة قد تتوالى يوميا وقد تتقطع ولا غرابة فى حصول التهاب بريتونى عمومى

وسير هذا المرض سريع ومدته تختلف من جمعة الى ثلاث وانتهاؤه محزن

(التشريح المرضى) - يشاهد عند فتح الجثة سماكة فى جدران الوريد الذى حصل فيه الالتهاب وارتشاح قيحى ونقط اكموزية وعند شق الوريد ترى طبقته الباطنة غير مستوية وبها قروح سطحية ومملوء باطنه بكتل سددية استحال بعضها الى ندف قيحية تسيل على شكل سائل عفن مدمم ذى رائحة كريهة ويشاهد أيضا خراجات فى الكبد وبكتيريا

(المعالجة) - بالبحث والتنقيب لم نهتد الى وسائط علاجية ناجحة تردع هذا الداء وكذلك الكينا لم تؤثر فى جاه وغاية ما يمكن هو معالجة الاعراض واعطاء المقويات

(المبحث الثانى فى انسداد الوريد الباب والتهابه المزمن)

لما لم يكن الامتداد المزمن لهذا الوريد أصليا بل تابعا لضغط جذعه أو فرع من فروعه الاصلية الناشئ من التغيرات الباثولوجية كما فى أمراض الكبد والالتهابات المزمنة للبريتون وفى قرحة الاثنى عشرى وغير ذلك كان غير محتاج لشرح مخصوص هنا لاسيما ان أعراضه شبيهة باعراض الامراض الاخرى ولذا كان تشخيصه عسرا لا يمكن تحقيقه ولا تحقيق مجلسه وانذاره غير حميد

(المعالجة) - معالجة هذا الداء عرضية فقط ولكن يعالج المرض المحدث له

(الباب العاشر فى أمراض البنكرياس)

نذكر هنا من تلك الامراض ماله أهمية فى الطب العملى بغاية الاختصار فنقول

(الاول نزيف البنكرياس) - ويعرف بوجود كدم صغير فيه وفى أحوال الديابيطس

النزيفى وفى عوق الدورة الوريدية وتلك حالة ليست فى الواقع مهمة الآن (كليس وزنكا) شاهدا حالة نزيفية كان نزيفها غزيرا وحصل الموت فيها بغتة بدون سبب معلوم فنسبا الموت لها

(الثانى ضمور البنكرياس) - من المعلوم أن البنكرياس قد يضمر عند الاشخاص الذين حالتهم العمومية ضئيلة مضمحلة وقد يشاهد ضموره فى جثث الديابيطسيين ولكن لا تعلم وجهة ارتباطهما

(الثالث التهاب البنكرياس) - الالتهاب الاصلى له نادر جدا وهو يبتدئ بألم أو مغص فى القسم الشراسيفى ويصحبه قيء يعقبه خمود وحينئذ يصغر النبض وتبرد الاطراف فيحصل الموت وقد علمنا من الصفة التشريحية فى هذه الحالة النادرة أن الغدة اللعابية البطنية انتفخت انتفاخا عظيما وشوهدت بورات نزيفية وصديدية بدون سبب معلوم

وأما وجود الخراجات فى البنكرياس فيعقب أحيانا الامتصاص الصديدى كما يعقب الالتهاب المزمن للاعضاء المجاورة

وقد شوهد أيضا فى البنكرياس التغيرات الزهرية التى ينتج منها انكماش ومتانة فى العضو وليس لهذه الحالة علامات خصوصية نعم يستدل عليها بنزول الشحم مع الغائط لان العصير البنكرياسى يساعد على هضم المواد الدسمة وسلامة الصفراء تتممه

(الرابع أكياس البنكرياس) - هذه الاكياس تحصل امامن انسداد فتحة قناة (فرسونج) بأثرة التحام أو من تجمعات أخرى ومن الجائز اكتسابها حجما كبيرا وقد عولجت بالعملية الجراحية

(الخامس سرطان البنكرياس) - يكون مجلس السرطان الاصلى رأس البنكرياس عادة وطبيعته امامخاعية أو هلامية وهو مرض كثير الحصول ومعرفته مهمة فى الطب العملى وجائز امتداده الى الاعضاء المجاورة كالكبد والبريتون والعقد الليمفاوية وأعراضه ليست دائما واضحة وبها يتوصل الى حقيقة التشخيص وغايته وجود عقد سرطانية ثانوية فى الكبد والبريتون وغيرهما وقد يتوصل الى الاحساس بالورم الاصلى وحينئذ يتعسر تمييزه عن سرطانى المعدة والسرب لان العلامات المرضية له تشتبه بعلامات سرطان بعض

الاحشاء البطنية وتلك العلامات هى ألم أصم فى القسم الشراسيفى واضمحلال وضغط الاحشاء المجاورة له وحدوث استسقاء لانه علم أن الورم السرطانى يضغط على الوريد الباب وأحيانا يضغط على القناة المرارية فيحدث اليرقان والموت بعد مضى ستة أشهر أوسنة والذى يقرب التشخيص حقيقة وجود ورم فى قسم البنكرياس ومادة دهنية فى الغائط وانذار هذا المرض خطر وانتهاؤه محزن ومعالجته عرضية

﴿ تم الجزء الاول ويليه الجزء الثانى أوله الكلام على الدورة ﴾

(فهرست الجزء الثانى فى أمراض الجهاز الدورى من الخلاصة الطبية)

صحيفة	
٢	عموميات لامراض الجهاز الدورى
٣	(الباب الاول فى الالتهاب الحاد والمزمن) للغشاء الباطن للقلب
	المبحث الاول فى الالتهاب الحاد
٦	« الثانى فيما الغشاء القلب من الالتهاب الباطنى المزمن وفيه ذكر آفات الصمامات
٢٤	(الباب الثانى فى التهاب الطبقة العضلية للقلب)
	المبحث الاول فى الالتهاب الحاد لعضلة القلب
٢٥	« الثانى فى الالتهاب المزمن لعضلة القلب
٢٧	المبحث الثالث فى الضخامة الاصلية للقلب وتمدده
٢٨	المبحث الرابع فى الاستحالة الشحمية للقلب
	(الباب الثالث فى أمراض التامور)
	المبحث الاول فى التهابه
٣١	المبحث الثانى فى تجمعات التامور
٣٣	(الباب الرابع فى أمراض الشرايين)
	المبحث الاول فى الاستحالة الشريانية
٣٥	« الثانى فى انورزما الاورطا الصدرية
٣٨	« الثالث فى عدم تمام نمو القلب والمرض الازرق
	(الباب الخامس فى الامراض العصبية للقلب)
	المبحث الاول فى الخفقان العصبى
٤٣	« الثالث فى الذبحة الصدرية

(تمت)

الجزء الثانى

من (الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية)

لسعادة الدكتور النطاسى حسن باشا محمود مدير ادارة الصحة العمومية سابقا وناظر مدرسة الطب والاجزاجية والولادة الآن ومعلم فن الامراض الباطنة والاكلينك الباطنى بها

اللهم

اجعله نافعا مقبولا

آمين

(حقوق الطبع محفوظة للمؤلف)

(الطبعة الاولى)

بالمطبعة الكبرى الاميرية ببولاق مصر المعزية

سنة ١٣٠٨

هجرية

(الجزء الثانى فى أمراض الجهاز الدورى)

(عموميات)

ينبغى أن نتكلم أولا على تركيب هذا الجهاز وسير الدورة فيه ليسهل علينا معرفة أمراضه فنقول

هو مركب من القلب والشرايين والاوردة والاوعية الشعرية والليمفاوية

(فالقلب) — فى الجزء المقدم من الصدر بأعلى الحجاب الحاجز مجاور للمسافة الثالثة والرابعة والخامسة بين الاضلاع موجود فى الحجاب المنصف المقدم وهو عضلة مجوفة تكون طلومبة كابسة تضغط على السائل المغذى فيندفع الى أنسجة الجسم المختلفة وبباطنه أربعة تجاويف لانقسامه الى قلب يمينى وقلب يسارى وكل منهما ينقسم الى علوى يقبل أوردة ويسمى الاذين وسفلى يخرج منه شريان ويسمى البطين وبين الاذين والبطين فتحة أذينية بطينية موشحة بصمام أذينى بطينى يسمى صمام مترال ان كان بجهة اليسار وصمام تريكوسبيد ان كان بجهة اليمين وبجوار الفتحة الاذينية البطينية اليمنى فتحة الشريان الرئوى وبجوار اليسرى فتحة الاورطا الموشحة بصمام ذى ثلاث سينات ولذا سمى الصمام السينى وبالوجه العلوى للاذين اليسارى أربع فتحات ذوات صمامات وهى فتحات الاوردة الرئوية وفى الجدار العلوى للاذين اليمينى فتحة الوريد الاجوف العلوى ذات صمام وفى جداره الخلفى فتحتا الوريد الاجوف السفلى والوريد التاجى

ومحيط بطين القلب ٢٦ سنتيمتر وطوله عشرة وعرضه ١١ وسمكه خمسة والقلب مغطى من الباطن بطبقة مصلية ومن الظاهر بكيس مصلى ذى جدارين حشوى وصدرى يشتمل على قليل من السائل المصلى يسمى بالتامور وبينهما الطبقة العضلية وعلى شرايين وأوردة وأوعية ليمفاوية وأعصاب

(والشرايين) — على العموم أنابيب ذوات مرونة وانقباض موصلة للدم الآتى من القلب الى الانسجة مكونة من ثلاث طبقات ظاهرة خلوية ليفية ومتوسطة ليفية عضلية وبها ألياف مرنة وباطنة مصلية وتشتمل هذه الشرايين على أوعية مغذية وأعصاب محركة

آتية من العظيم السمبتاوى

(والاوردة) قنوات موصلة للدم من الانسجة الى القلب وهى أيضا ثلاث طبقات ظاهرة خلوية ومتوسطة ليفية أليافها أقل عددا ومرونة مما فى الشرايين وباطنة مصلية وفى بعض الاوردة صمامات من الطبقة الباطنة وألياف مستطيلة من الطبقة المتوسطة

(والاوعية الشعرية) أنابيب دقيقة مختلفة الحجم تفممية تصل الشرايين بالاوردة

(والاوعية الليمفاوية) الآتية من جميع الجسم تجتمع حتى تكون قناتين احداهما تنفتح فى الوريد تحت الترقوة اليمينى بقرب اجتماعه مع الوريد الوداجى الباطنى اليمينى والثانية القناة الصدرية التى تنفتح فى الوريد اليسارى تحت الترقوة قرب اجتماعه بالوريد الوداجى الباطنى وجدران هذه الاوعية ثلاث طبقات أيضا

(الباب الاول فى الالتهاب الحاد والمزمن للغشاء الباطن للقلب)

(المبحث الاول فى الالتهاب الحاد لهذا الغشاء)

يعرض هذا الالتهاب للغشاء الباطن المبطن لعضلة القلب وصماماته وأعمدتها وهو أشكال منها الالتهاب الثؤلولى والجيد والخبيث الدفتيرى الشكل والصديدى والتقرحى والعفن

(الاسباب) — منها تأثير البكتيريا التى تعرض للمصابين بالحمى النفاسية كما قاله فرشوف وتأثير الكائنات التسلقية وقد أثبت (يالماهيرك) فى هذا الالتهاب وجود الميكروكوكوس الناشئ فى أغلب أحواله عن وجود جرح أو فتح خراج ولذا استحسن بعضهم وضع هذا المرض فى الامراض العفنة فتكون من أسبابه المواد العفنة الالتهابية المختلفة الطبيعة التى تسير مع تيار الدم حتى تصل الى هذا الغشاء فتؤثر على صماماته وتحدث التهابا عفنا وكذا غيرها كالحدار المفصلى الحاد وبعض أمراض نزيفية والالتهاب الكلوى والرقص السنجى والسيلان المجرى والحصبة والقرمزية والسل الرئوى وقروح الامعاء فى التيفوس وفى السرطانات المتقرحة وفى الامراض التقيحية الخطرة وفى الامتصاص الصديدى الجائز حصوله للمصاب بالالتهاب المزمن كما يشاهد ذلك فى الاحوال النفاسية وقد يحصل هذا الالتهاب بدون سبب معلوم فيسمى بالالتهاب الاصلى

وقد توصلوا أخيرا الى احداث الالتهاب الحاد بحقن ميكروبات مرضية فى دم الحيوانات استربتوكوكيس (المولد للقيح) واستافيلوكوكيس (الذهبى) وتنجح التجربة كثيرا اذا أحدث خدش فى صمام قلب هذه الحيوانات لثبوت هذه الميكروبات

(الاعراض والسير) ـ هذا المرض لايكون فى أغلب الاحوال مستقلا بل تابعا لامراض أخرى ولايتيسر حصر أعراضه لان له أشكالا كثيرة نذكر منها خمسة

(الشكل الاول الثؤلولى) ـ منه مايشاهد فى قلوب الموتى بدون أن يشعروا به حال حياتهم لعدم ظهور علامة مرضية لهم فى القلب ومنه مايشاهد فى صمام قلب المصابين بالسل الرئوى والسرطان

(الشكل الثانى الالتهاب الجيد للغشاء الباطن للقلب) ـ يكون فى الطب العملى عند وجود الحدار المفصلى وينذر وجوده فى الامراض العفنة ويجوز أن يكون أصليا وحينئذ يندر ظهور أعراض أولية كخفقان وضيق نفس وألم جهة القلب وتشاهد علامات أخرى كضربات القلب القوية الغير الطبيعية المشاهدة فى جزء عظيم من الصدر وتواتر النبض وقوته بحيث يكون ذا تموج زائد منتظم غالبا وكالحركة الحمية وانسداد بعض أوعية المخ والطحال والكلى والاطراف وبالقرع ابتداء لانجد تغيرا فتكون أصمية القلب طبيعية وبالتسمع وقت انقباض القلب يستشعر بنفخ جهة قمته غالبا وفى قاعدته نادرا وسماع هذا النفخ يكون نادرا زمن ارتخاء القلب لتزايد لغط الصمام السينى فيه ولايمكن حصر مدة هذا الداء فقد تمكث العلامات النظرية أياما أو أسابيع ويجوز انتهاء هذا المرض بالشفاء

(الشكل الثالث الخبيث) ـ ويسمى أيضا الالتهاب الحدارى (ليدن) وهو نوع من الشكل المتقدم علاماته كعلاماته الا أنها هنا أعظم شدة وامتدادا ويتميز عنه بالسبب المحدث له وهو خطر يكون معه خروج دم من الجلد والاغشية المخاطية كالملتحمة العينية وسقف الحنك غالبا ومن الشبكية نادرا مع التهاب كاوى نزيفى ويجوز انسداد أوعية بعض الاعضاء ويستمر المرض أسابيع مع تقهقر حالة الجسم وحصول أعراض خطرة مخية يعقبها الموت كالذهول والهذيان وقد يشفى المريض اذا كان المرض خفيفا

(الشكل الرابع التهاب غشاء القلب الباطن الراجع) ـ يكون فى هذا الغشاء التهاب خفيف بطيء السير غير محسوس يؤثر فيه تأثيرا مرضيا فيحدث التهابا حادا بعلاماته المختلفة مع حركة حمية ظاهرة

(الشكل الخامس الالتهاب التقرحى القيحى الخطر) ـ يحصل عقب الامراض التقيحية العمومية ويتصف بشدة وسرعة أعراضه وبانتهائه المحزن ووجود أعراض تيفوسية تارة وصديدية أخرى وجواز تمدد فى القلب خصوصا اليمينى مع جفاف اللسان المغطى بطبقة صفراء أو سمراء مع حمرة طرفه وبعد زمن يتشقق اللسان ويصير داميا وينتفخ البطن ويزداد الطحال ويحصل اسهال دموى غالبا ويشتمل البول على زلال ودم نادرا

(التشخيص) ـ تشخيص الالتهاب الباطنى للقلب الذى يظهر دفعة واحدة لدى المصابين بالحدار أو بأمراض أخرى لايتوصل اليه الا بواسطة النظر ومعرفة الاعراض السالفة ولا يمكن معرفة أشكاله خصوصا الشكل الخطر الابعد معرفة المرض المتسبب عنه ويتميز الالتهاب الباطنى النزيفى للقلب عن الامراض النزيفية بالاعراض التى تحدثها

(الانذار) ـ هذا المرض خطر فى الاشكال الخبيثة ينتهى بالموت وربما انتهى فى الاشكال الخفيفة الى شفاء لايكون تاما لما ينجم عنه من الامراض المزمنة فى صمامات القلب

(التشريح المرضى) ـ تشاهد التغيرات التشريحية المرضية لالتهاب غشاء القلب الباطن خصوصا فى صمامات القلب الايسر كصمام مترال وصمام الاورطا وتتكون فى هذه التغيرات بثرات وحلمات مختلفة الحجم وهى المسماة بالالتهاب الثؤلولى وقد توجد قروح يعقبها انفصال أجزاء من الطبقة السطحية لهذا الغشاء تسير مع تيار الدم وهى المسماة بالالتهاب التقرحى والالتهاب الخبيث وقد يشاهد نقب صمام القلب وانفصال جزء منه أو انفصال حزمة لحمية من حزم الصمام ويعسر غالبا تقسيم هذه الانواع بالنسبة لاسبابها ثم ان النضح الالتهابى يحدث نوايات صغيرة اذا بحث عنها بالميكرسكوب رؤى فيها تجمعات حبيبية وخلوية وعائية وأجسام زلالية من كرات الدم المضمحلة ومن ميكروكوكوس وهو حيوانات صغيرة تشاهد فى سائر أنواع الالتهاب الباطن الخطر وأول

من استكشفها ايبرت

وقد يحدث التهاب الغشاء الباطنى للقلب أمراضا ولينا فى الاعضاء الاخرى بسبب انسدادا الاوعية بما ينشأ من انفصال سدد من الغشاء وهى قطع حاملة لميكروب موجبة لأنزفة أو الالتهاب عفن ينشأ عنه خراج فى الشرايين أو الكبد أو الكلى أو الشبكية أو المخ

(المعالجة) - يستعان أولا بالراحة المطلقة وبوضع الجليد على القلب ان تحمله المريض وتستعمل الديجيتالا حين تكون ضربات القلب ضعيفة أو غير منتظمة وقد يلزم وضع الخردل أو المورفين على الظاهر ولابد من استعمال المنبهات كالنبيذ والكافور والايتير اذا وصل القلب الى درجة الشلل وتعالج الحمى باستعمال الكينا أو الفنيستين والبخور القلوى ٢ من كربونات الصودا فى ١٠٠ من الماء وان كان السبب الموجب لهذا الالتهاب هو الروماتزم استعمل حمض السالسيليك وفى الاشكال الخطرة لهذا الالتهاب تعالج الاعراض بما يناسبها كالزرنيخ الذى شوهدت منفعته

(المبحث الثانى فيما لغشاء القلب من الالتهاب الباطن المزمن)

(الاسباب) - قد يحصل عقب الالتهاب الحاد الباطن سمك عظيم فى المنسوج الخلوى للصمامات ثم انكماش ورسوب مواد جيرية مختلفة الكمية وبذلك لا يتيسر للصمامات تأدية وظيفتها الفسيولوجية فيضطرب سير الدم فى القلب ويمتد الى الدورة العمومية ويعرف هذا الاضطراب بنتائجه

وقد يكون حصول الالتهاب الباطن المزمن غير مسبوق بالتهاب حاد فيكون سببه غير معلوم ويجوز أن يؤثر المرض الجدارى على القلب فيحدث التهابا مزمنا تدريجا بدون أن يشعر المريض بذلك لحصول الحدار قبله بزمن طويل ومن الاسباب المواد العفنة والميخانيكية والمشروبات الروحية والتبغ والزهرى البنيى وداء النقرص والاشغال الشاقة والالتهاب الباطنى للشرايين عند المتقدمين فى السن والالتهاب الكلوى المزمن الذى يعرض لكل شخص الا أن الغالب عروضه لمن سنه ست عشرة سنة الى أربعين ويظهر أنه عند النساء أكثر منه عند الرجال

(الاعراض والعلامات العمومية لآفات الصمامات) - قد علمنا من الفسيولوجيا أن

الصمامات تنفتح انفتاحا تاما لمرور التيار الدموى من خلالها وتنغلق انغلاقا تاما لمنع مروره ففى الالتهاب الباطن المزمن للغشاء يجوز أن يحصل خلل فى تتميم احدى هاتين الوظيفتين بأن تنكمش حوافى الصمامات الاذينية البطينية فلا يتم انسداد فتحتها لبقاء فتحة بين حوافيها ويعبر عن هذه الحالة بعدم كفاية انغلاق الصمام

وقد يحصل سمك فى الصمامات بسبب رسوب مواد فى سمكها أو انكماش فى حوافيها فلا تتباعد عن بعضها التباعد الكافى فيصعب مرور الدم من فتحتها المحاطة بحلقة ضيقة متينة وتعرف هذه الحالة بتضايق الصمامات وقد يوجد فى آن واحد الضيق وعدم الكفاية بسبب سمك الصمام والرسوب التابع للضيق ويعقب ذلك عسر الدورة وامتلاء المجموع الوريدى وقلة امتلاء المجموع الشريانى الذى يحدث اضطرابا فى أعضاء الجسم لكن ذلك قد يعوض فى أجزاء أخرى للجسم فيرتاح المريض ويعيش زمنا طويلا مع اصابة صمام قلبه وتعرف هذه الحالة باصابة القلب المعوضة

ولما كان القلب هو الدافع للدم كان عليه مقاومة العوائق سواء كان مجلسها هو أو عضوا آخر وبتكرر مقاومته لهذه العوائق تحصل فى محاذاة الجزء المقابل للعائق ضخامة تنشأ من ازدياد عدد الالياف وحجمها وبذا تسمك جدران العضو وتزداد قوة انقباضه وقد يضعف القلب ولا يقاوم هذه العوائق الا براحة الجسم فانه متى تعب تحكمت ظواهر اضطراب الدورة ومع ذلك قد يأتى زمن لا يتيسر فيه للقلب الضخم تتميم ما عليه من الوظائف لاصابة صماماته أو لوجود عائق مؤثر على أعصابه ومبطل لحركاته

ونعد من التغيرات المرضية التى تعقب الالتهاب الباطنى المزمن لغشاء القلب ما سيأتى وهو

(أولا) - عدم كفاية صمام مترال

يصاب القلب كثيرا بتغير فى فتحاته زمن التهاب غشائه الباطن الحاد أو المزمن ولا يكفى صمام مترال حينئذ فى اغلاق فتحته لانكماش حافته أو قصر أعمدته الوترية ويندر وجود التصاق غير تام للصمامات بجدران البطين اليسارى

ولانغلاق صمام مترال عند كل انقباض بطين يسارى لا يتيسر دخول دم هذا البطين فى

الاذين اليسارى بالحالة الطبيعية أما ان وجد فيه عدم كفاية موجب لفتحة تيسر مرور جزء من دمه فى هذه الفتحة الى الاذين اليسارى عند انقباض البطين اليسارى وهذا الدم بعد دخوله يصادم الدم الآتى بواسطة الاوردة الرئوية الى هذا الاذين فيمر الدم من فتحة صمام مترال بقوة توجب فوارة دموية محسوسة ينشأ عنها فى محاذاة القلب نفخ انقباضى تسمع شدته بازاء قمة القلب لأن الصوت يتبع البطين القريبة قمته من جدار الصدر وينتشر بحيث يسمع فى محاذاة صمامات القلب ونفخ عدم الكفاية يسمع فى يمين الظهر كثيرا وفى يساره قليلا ويكون فى بعض الازمنة واضحا جهة القاعدة أكثر منه جهة القمة وقد يسمع معه لغط القلب ويكون فى الاذين اليسارى تمدد بسبب قبوله دم الاوردة الرئوية والدم الآتى اليه من عدم الكفاية فى آن واحد زمن راحة البطين والكمية الزائدة فيه تعود الى البطين اليسارى فيكون فى ذلك البطين تمدد أعظم من تمدده الطبيعى ويقذف عند انقباضه مقدارا كافيا من الدم فى الاورطا وبذلك يحصل التعويض ويعتدل النبض فى أحوال عدم الكفاية البسيط

ولشدة فعل هذا الاذين اليسارى يحصل فى جدرانه ضخامة لا تقاوم العائق الذى فى الصمام الاذينى البطينى ولا تقبل جميع الدم الآتى الى الاذين بواسطة الشرايين الرئوية فيتقهقر الدم ويزداد اللغط لامتلاء الشرايين وتمددها وحينئذ يشترك البطين اليمينى فى الفعل لمقاومة العائق الذى فى الرئتين ومن ذلك تزداد ضخامته التى يزداد بها فعله حتى تتمكن الداعوية تقدم فيحصل فى البطين اليمينى ما يقرب من الشلل فيتمدد لتراكم الدم فيه وحينئذ يعسر سير الدورة الدموية فى الاذين والبطين اليمينى وتشاهد ظواهر الاحتقانات الوريدية ويصير الوجه سيانوزيا وتظهر أوزيما تابعية فى الاطراف ويعاق سير الدم فى الكبد والطحال والكلى فلا يتيسر تعويض لعائق القلب

(التشخيص) - للوصول الى معرفة عدم الكفاية نبحث عن قسم القلب فنجد به مما أصابه من الضخامة ارتفاعا قليلا يظهر عند الشبان لمرونة صدورهم ويمتد الى جهة اليسار قرع القمة على الصدر الذى يحس به اذا وضعت اليد على هذا القسم من صدمة القلب

ويحس أيضا باليد فى أعلى القسم الشراسيفى ما يشبه نبضا آتيا من ضخامة الاذين اليمينى ويصاحب ذلك عوق الدورة الوريدية ويجوز أن يحس باليد ما يشبه خرخرة الهرة وينشأ عنه اهتزازات صدرية تسمع بوضع الأذن عليها ويكون النبض منتظما غالبا وخطوط كتابة مقياسه لا تظهر لنا نتيجة

ولا نستدل فى أول المرض بالقرع الاعلى امتداد خفيف الى اليسار والى الاعلى ومتى تقدم الداء امتدت الاصمية الى اليمين لضخامة البطين اليمينى وقد تزداد باصبعين عن حافة القص اليمنى ويجوز أن تمتد الى الحافة اليسرى أو تزيد عنها وبالتسمع يحس بنفخ يوافق انقباض القلب ويصاحب اللغط الاول أحيانا ويقوى اللغط الثانى وأما الاوعية فلا تظهر لنا شيأ

(ثانيا) - ضيق الصمام الاذينى البطينى اليسارى (مترال)

هذا الضيق يحصل من الالتهاب المزمن فى الغشاء الباطنى للقلب المحاذى لهذا الصمام وقد يكون هذا الضيق عقب عدم الكفاية فتنسب تغيراته المرضية المتكونة شيأ فشيأ الى عدم الكفاية وتصير الصمامات متينة ذات مقاومة وقد يوجد الضيق وعدم الكفاية فى آن واحد ثم تتزايد علامات الضيق حتى تزيل عدم الكفاية

وتنحصر التغيرات المرضية فى أن الفتحة الاذينية البطينية تضيق شيأ فشيأ حتى لا يمكن أن يمر منها الا عمود دم قدر الريشة الصغيرة فيعاق الدم عن الدخول فى البطين اليسارى لقلة الدم المار فى الصمام الاذينى البطينى زمن ارتخاء هذا البطين الذى يسمع فيه النفخ المسمى بالنفخ الارتخائى وحينئذ يصغر ويضيق البطين ويقل الدم النافذ منه الى الشرايين وكلما تزايد الضيق كان نبض الشريان الكعبرى دقيقا وأحيانا غير منتظم وقد يوجد فى الاذين اليسارى ضخامة ناشئة عن عدم الكفاية والضيق الذى يحصل بهذه الصفة يحدث ركود الدم فى الاذين اليسارى والاوردة الرئوية والاوعية الشعرية الرئوية والشريان الرئوى الى نهاية القلب الايمن ولذا شوهد أحيانا ضخامة فى البطين الايمن حين حصول الضيق فى صمام مترال

(الاعراض) - اذا بحثنا عن قسم القلب فى هذا المرض نجده مرتفعا قليلا لا لضخامته ويشاهد فى القسم الشراسيفى نبضة قوية ناشئة عن تأثير القلب اليمينى

وبالجس يحس بازدياد حجم القلب وبارتعاشه زمن ارتخائه الدال على ضيق صمام مترال الناشئ عن احتكاك السائل الدموى فى جدر الصمامات وحينئذ يكون النبض الكعبرى دقيقا غير منتظم فى جميع أحوال ضيق صمام مترال

و يصدم القلب على مسافة من الصدر امتدادها الاكبر عرضا وتصدم قمة القلب الى جهة اليسار أكثر وبالقرع تسمع أصمية تمتد فى الجهة اليمنى حتى تصل الى حافة القص اليمين وقد تمتد الى أبعد من ذلك ويزيد امتدادها فى الجهة اليسرى عن الحالة المعتادة وسبب هذا الامتداد ضخامة القلب خصوصا القلب اليمنى الضاغط على القلب اليسارى مع دفعه اياه أمامه جهة اليسار

وبالتسمع يستشعر بنفخ ارتخائى جهة قمة القلب ليس حادا ولا صفيريا مثل الذى يحصل فى الانقباض الناشئ عن عدم الكفاية فتسمعه الأذن كما تسمع خرير الماء فى مجراه ومجلس شدته القمة ولا يصل الى قاعدته الا نادرا وللوصول الى معرفته يلزمنا البحث عنه فى يسار الصدر وخلفه وسببه سلوك الموجة الدموية طريقا فى صمام مترال الضيق زمن ارتخاء البطين اليسارى فيحصل من ذلك فى السائل الدموى حركة تحدث خريرا شبيها بخرير عمود سائل مار من محل متسع الى آخر ضيق وسمى بالنفخ الارتخائى لحصوله زمن ارتخاء القلب المنقبض قبل اللغط الاول لهذا النفخ الذى يكون عند ازدياد ضيق صمام مترال معدوما تارة ومتناقصا تارة أخرى حتى يختفى فلا يسمع منه الا الآتى من البطين اليمينى وقد يصاحب هذا المرض تزايد فى اللغط الثانى للاورطا لا يشعر به ضعفاء البنية أو المصابون بعدم كفاية تريكوسبيد

(الانذار) – ضيق صمام مترال خطر تعوضه ضخامة القلب اليمينى مدة من الزمن بالنسبة لافعاله المرضية الا أن الدم يظهر أحيانا ركوده فى المجموع الوعائى الوريدى والرئوى والدورة الكبيرة فيحصل من ذلك ضيق فى التنفس واستسقاء يتمم أسباب الموت

(ثالثا) – عدم كفاية الصمامات السينية للأورطا

هو مرض يعترى صمام الاورطا فلا يمكن غلق فتحته غلقا تاما ليمنع عودة الدم الى البطين اليمينى وأسبابه انكماش الحافة السائبة للصمامات السينية وتمزق هذه الصمامات وانثقابها

والتصاقها

والتصاقها بجدران الوعاء وهو أقل حصولا مما قبله والسبب العمومى لجميع هذه التغيرات التهاب الغشاء الباطن للقلب المبطن لهذه الصمامات أو التغيرات العمومية للشرايين الممتدة من الطبقة الباطنة للشرايين الى الصمامات

و ينشأ عن عدم الكفاية فى غلق هذا الصمام اجتماع تيارين من الدم فى البطين اليسارى زمن ارتخائه أحدهما وارد من الاذين اليسارى والثانى راجع من الأورطا وحينئذ تتكون فوارة دموية يسمع لها نفخ زمن ارتخاء هذا البطين الذى يحصل فيه من امتلائه اتساع وتسطح فى أعمدته اللحمية وعضلاته الحلمية فيزداد فعل القلب ليقذف ما فى باطنه من الدم الزائد ومن هذا الازدياد تحصل فى البطين ضخامة لا درجة فوقها أحيانا ولهذه الضخامة البالغة يرى فى الصدر عند البحث عليه حدب غير طبيعى فى الجزء المحاذى للقلب وقمته تقرع فى الجزء السفلى اليسارى للصدر وقد تكون مقابلة للخط الصدرى الابطى وقد تشاهد اهتزازات مختلفة محيطة بالقلب وقرع القلب على الصدر بقوة واضح فى المسافة السادسة بين الاضلاع وحشى الخط الثديى اليسارى أو بقرب الخط الابطى

و باللمس يحس بارتفاع اليد فى محاذاة القلب عند انقباض البطين وصدمة الصدر ويحس أيضا عند القاعدة باهتزاز موافق لنفخ الارتخاء شبيه باهتزاز الموسيقى وبالقرع تسمع أصمية ناشئة عن تمدد القلب جهة اليسار أبعد من الخط اليسارى حتى يصل الى الخط الابطى وحد هذه الاصمية العلوى فى محاذاة الضلع الثالثة واليمينى فى محاذاة حافة القص كما فى الحالة المعتادة ويجوز أن يتجه قليلا الى اليمينى بسبب أن ضخامة القلب اليسارى تدفع البطين اليمينى قليلا أو بسبب ضخامة القلب اليمينى لداعى وصول عوق الدورة اليه ويضاف الى ذلك تغيرات الاورطا الصاعدة وتمددها تمددا زائدا لورود الدم فيها بكثرة و ينشأ عن هذا امتداد الاصمية الى المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى

وبالتسمع يستشعر بنفخ ارتخائى مستطيل واضح وقد أسلفنا أسبابه وليست شدته قاصرة على الحافة القصية قرب المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى التى هى محل استماع تغير الاورطا بل يسمع غالبا فى جهة اليسار قرب الحافة القصية اليسرى لانه آت من عودة الدم من الاورطا الى البطين الايسر وقد يكتسب هذا النفخ صوتا موسيقيا بسبب ان

السائل يصادم أليافا دقيقة وترية أو غيرها فيحدث فيها اهتزازات زمن ارتخاء البطين ولذا يسمع هذا النفخ أحيانا جهة قمة القلب وان كان أقل شدة وفى مدة انقباض البطين يسمع اللغط الاول الطبيعى للقلب وحده أو مع نفخ حاد اذا أحدثت تغيرات صمام الاورطا ضيق فتحتها ثم ان اللغط الاول قد لا يسمع الاسماعا غير واضح كما قاله (تراوب) وقد يخلفه لغط قصير انقباضى وعدم وضوح هذا اللغط جهة القمة يؤيد مذهب من عبر عن هذا اللغط المتوالى باللغط العضلى ولا يمكن ان نفسر ضعف هذا اللغط الاول عند المصابين بعدم كفاية الاورطا مع وجود ضخامة البطين اليسارى التى تقوى فعله نعم اذا اعتبرنا ان اللغط الاول هو لغط صمام مترال أمكن على رأى (تراوب) ان يفسر ضعفه أثناء تغير صمام الاورطا بأن هذا الصمام يتأثر أثناء راحة القلب من الموجة الدموية الراجعة وما بقى من التوتر لا يكفى فى حصول اللغط الاول مع مساعدة انقباض البطين وبهذا يفسر حصول ضعف اللغط الانقباضى جهة قمة القلب فى عدم كفاية الاورطا الذى يسمع ولا يتيسر له أحيانا غلق الفتحة الاذينية البطينية غلقا تاما بسبب التمدد الذى اكتسبه البطين اليسارى

والنبض يكون قويا فى الشرايين الدائرية التى تتقرح غليظة كانت أو دقيقة ويجوز ان يحس بنبض الشريان الكبدى من خلال جدر البطن بسبب زيادة قوة انقباض البطين اليسارى الضخم مع انقسام موجة الدم الشريانية الى قسمين عند ارتخاء هذا البطين أحدهما يتجه نحو الاوعية الشعرية والآخر يعود فيه فيكتسب النبض من ذلك حركة دافعة قوية خاصة بعدم كفاية الاورطا تعلم كثيرا بميزان النبض وبكتابته المرتفعة والمذبذبة عند نزولها وينشأ عن هذه الظاهرة لغط انقباضى فى الشريان الثباتى وغيره وقد يكون مع هذا اللغط لغط آخر فيسمعان معا أو متعاقبين وينسب أحدهما الى التمدد الشريانى وثانيهما لعودة الدم بسرعة (تراوب) وقد تحصل بهاتة عند عودة الدم وفى هذا المرض يضعف ويزول اللغط الثانى للقلب ويخلفه نفخ أورطى ارتخائى ممتد

(الانذار) – عدم كفاية الاورطا حميد بالنسبة لغيره من تغيرات صمامات القلب لانه لا يضر المريض سنين مادامت ضخامة القلب موجودة ومعوضة له وكثيرا ما يستمر المصابون على أشغالهم ولو شاقة ولا يظهر عندهم علامة السيانوز التى تشاهد فى تغيرات صمام مترال

بل يكون لونهم طبيعيا أو باهتا قليلا حتى يقرب انتهاء المرض الذى يحدث تمزقا وعائيا فيتقهقر الدم الى الرئة ثم الى الدورة الكبيرة ويضيق النفس وتظهر الاوزيما ويحصل نزيف مخى والتهاب تامورى وتموت المرضى من الاستسقاء العام

(رابعا) – ضيق صمام الاورطا

وجود هذا المرض وحده نادر وهو ينتج من سماكة الصمام الاورطى ومن رسوب مواد فى سمكه والتصاق بعض ثنياته ببعض وهذا الصمام زائد الضيق ليس به الا فتحة صغيرة يمر منها الدم بانقباض البطين اليسارى فيقع على الدم فى هذا البطين ضغط يوجب فوارة دموية ينشأ عنها نفخ قوى انقباضى لان البطين هنا ينقبض بقوة فتكون فيه ضخامة لمقاومة العائق الذى فى فتحة الاورطا ولعدم مرور الدم من فتحة الاورطا الضيقة يصير النبض بطيئا صغيرا او الشريان متينا وقد يصحب هذا الداء عدم كفاية الاورطا

وبالبحث عن قسم القلب يرى أن القمة تقرع القلب الى الخارج لضخامة البطين اليسارى وقد يكون قرع القلب للصدر خفيفا بسبب الانقباض البطيء للبطين وغيبة موجة الرجوع

وبالقرع تسمع أصمية القلب ممتدة الى اليسار ولا تمتد الى اليمين الا اذا اشتركت الدورة الصغيرة فى بطء سير الدم وحصلت ضخامة فى البطين اليمينى وبالتسمع يسمع فى محاذاة الاورطا نفخ انقباض مستطيل ينتشر الى اليمين شبيه بصوت المنشار حاد عادة بعكس صوت عدم الكفاية للاورطا وهو تابع لاتجاه الاورطا تسمع شدته جهة حافة القص فى المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى وقد يسمع فى مجاورة قسم القلب أو من الشريان الثباتى واللغط الثانى الاورطى للقلب يضعف فيستعاض بنفخ ارتخائى اذا كان هناك عدم كفاية فى صمام الاورطا وقد أسلفنا بطء النبض ومتانته وانتظامه كما يعلم ذلك من مقياس النبض الذى يرينا ارتفاعه وانخفاضه ببطء وضيق صمام الاورطا الخفيف يتحمله المريض سنين حتى تطول المدة فيحدث أنيميا المخ التى تعرف بالدوار والاغماء والصرع ثم تظهر الاضطرابات الناتجة عن عدم التعويض الدورى المشاهد فى كثير من تغيرات صمامات القلب

(الانذار) - هذا الضيق أكثر خطرا من عدم الكفاية وأقل خطرا من ضيق صمام مترال

(خامسا) - عدم كفاية صمام تريكوسبيد أى الصمام الاذينى البطينى اليمنى

يندر وجود هذا المرض ان كان مستقلا و يكثر حصوله اذا كان تابعا لتغير صمام القلب اليسارى ولالتهاب الغشاء الباطنى للقلب و ينحصر هذا التغير المرضى فى أن حوافى صمام تريكوسبيد لا يمكن ان تلتئم ونغلق الفتحة الاذينية البطينية لشدة تمدد البطين اليمنى ولعدم كفاية هذا الصمام يتجه مقدار من الدم الى الاذين اليمنى عند انقباض البطين اليمنى ثم يتقهقر الدم فى المجموع الوريدى للدورة العمومية الذى لا يخلو من مضاعفة خطرة لعدم معوض لذلك التقهقر و يعقب تغير هذا الصمام ضخامة القلب اليمنى كما ضخم القلب اليسارى عند تغير صمامه

والعرض الرئيس المعين على تشخيص عدم كفاية صمام تريكوسبيد التابعى هو النبض الوريدى الناشئ عن التيار الدموى التقهقرى الحاصل عند كل انقباض بطين يمنى وتتضح مشاهدة هذه الحالة عند مقاومة البصيلة الوريدية للوريد الوداجى اذا قرب فتحه بالوريد اليمنى تحت الترقوة وانقباض الاذين اليمنى وحده يكفى أحيانا حتى يتضح ارتفاع الوريد وهو يسبق انقباض البطين و يظهر النبض الوريدى الوداجى فى يمين العنق أكثر من ظهوره فى يساره بسبب اتجاهه العامودى وليس هو العلامة الوحيدة لعدم كفاية صمام تريكوسبيد لوجوده فى ضخامة القلب التى يكون معها القلب سليما ومتى وجد هذا النبض انغلق الصمام الوداجى ومن ذلك يسمع أحيانا لغط صمامى وريدى ويمكننا الوصول الى معرفة نبض الوريد الوركى عند تمدد الطرف كما اننا نشعر بالنبض الوريدى الكبدى مصاحبا لهذا المرض بل هذا النبض يظهر فى كثير من الاحوال التى لا يوجد فيها نبض وداجى ولا يوجد فى الوريد الاجوف صمامات حتى يصل الى الوريد الكبدى وبالتسمع يستشعر بنفخ انقباضى تسمع شدته فى الحافة اليمنى للقص فى المسافة الخامسة بين الاضلاع اليمنى و يتضح بوجود نفخ صمام مترال

(سادسا) - ضيق الصمام الاذينى البطينى اليمنى

ضيق هذا الصمام فى غاية الندرة فلا أهمية له فى الطب العملى واذا وجد خلقيا كان مصحوبا بتغيرات أخرى ناشئة عن عدم تمام نمو القلب ومن علامات ضيق هذا الصمام تمدد الاذين اليمنى ونفخ ارتخائى يقرب من الانقباض فى محاذاة القلب الايمن وانذار هذا الداء انه خطر لأن الاذين لا يساعد فى تعويض الدورة

(سابعا) - عدم كفاية صمام الشريان الرئوى

هو خلقى عادة مشارك لعيوب أخرى فى التكوين وقد يكون مكتسبا بعد الولادة وتغيراته التشريحية مشابهة لتغيرات عدم كفاية صمام الاورطا و يصحبه تمدد وضخامة فى البطين اليمنى الذى نعلم أصميته بواسطة القرع و بنفخ ارتخائى يسمع فى محاذاة الشريان الرئوى وأعراضه مشابهة للاعراض التى أسلفناها عند التكلم على عدم كفاية صمام الاورطا

(ثامنا) - ضيق فتحة الشريان الرئوى

العادة أن يكون الضيق للصمام الرئوى خلقيا و يندر حصوله مكتسبا بعد الولادة أو خلقيا مصحوبا بتغيرات أخرى للقلب بسبب التهاب فى الغشاء الباطن للقلب مدة الحياة الرحمية وقد يحصل من اضطراب فى نمو القلب ولذا يشاهد أن مجلس هذا الضيق ليس فوق الفتحة الرئوية بل فى المخروط الشريانى الضيق ويعم ضيق الشريان دائرته وفى الاغلب نجد فى نمو القلب تلهوجات فى آن واحد كبقاء الثقب البيضاوى مفتوحا أو بقاء فرجة فى الحاجز البطينى و يبقى فى نصف الاحوال المرضية ثقب بوتال

(الاعراض) - يوجد السيانوز مع ضيق شريان الاورطا من وقت الولادة ويدوم و يكثر ظهوره عند الصريخ أو حركة عنيفة وقد تبقى الاطفال على هذه الحالة من سنة خمس الى خمس عشرة بسبب تعويض ما حصل للدورة من هذه الحالة المرضية ومما يوجد مع ضيق شريان الاورطا زيادة عن السيانوز زرقة وجوه الاطفال وجحوظ أعينهم محاطة بارتشاح ارتماوى وانتفاخ السلاميات الانتهائية للاصابع مع تلونها باللون السيانوزى وانحناء الاظفار وتأخر نمو الاطفال وعدم وصول مجموعهم العضلى الى تمام نموه وصيرورتهم عرضة

للاوصاب والاغماء خصوصا فى الاحوال الخطرة وكون لثتهم عرضة لأن تدمى واذا بحثنا على الصدر نجده محدبا فى قسم القلب وبالقرع تسمع أصمية قلبية خصوصا جهة القلب اليمنى آتية من ضخامة البطين اليمنى بسبب ازدياد الفعل الذى طرأ عليه كما طرأ على البطين اليسارى فى ضيق الاورطا وبالتسمع يستشعر بنفخ انقباضى قوى يسمع فى قسم القلب خصوصا اذا كان فى محاذاة المسافة الثانية التى بين الاضلاع اليسرى واذا وضعت يدك على القلب وجدت هذا النفخ بحالة اهتزازات انقباضية وقد لا يسمع النفخ ويضعف اللغط الرئوى ويخلفه نفخ اذا كان الصمام مصابا بعدم الكفاية وانتهاء هذه الآفة محزن ويحصل الموت من عدم التعويض أو من مضاعفة طرأت على المرض كالسل الرئوى

(تغيرات قلبية أخرى) — منها عدم انتظام تكون القلب كبقاء الثقب البيضاوى الذى يحس معه بالنبض الوريدى وبقاء فرجة فى الجزء الخلفى من الحاجز البطينى المصاحب لتغيرات أخرى خلقية تصعب معرفتها زمن الحياة وبقاء قناة بوتال المصاحبة لزيادة اللغط الرئوى وضخامة البطين اليمنى وكذا للنفخ الانقباضى أحيانا وشوهد أخيرا ضيق صمام تريكوسبيد ضيقا خلقيا ومثله صمام مترال وصمام الاورطا الا أن وجودهما نادر

(تاسعا) — التغيرات المشتركة للصمامات

أسلفنا كل آفة للصمامات على حدتها نظرا لجواز انفرادها فى الوجود وقد يوجد بعضها مع بعض آخر كضيق وعدم كفاية لصمام أو ضيق لصمام وعدم كفاية لصمام آخر وعلاماتها تعرف من علامات تغير كل صمام على حدته ومن ذلك تحصل مضاعفة فى الاعراض وصعوبة فى تشخيصها وقد تزيد أعراض تغير على أعراض تغير آخر فلا تمكن معرفتها الا عند فتح الجثة

ونختصر فى هذا الجدول علامات التغيرات العضوية للصمامات التى ذكرناها

(جدول يتضمن الاعراض الرئيسة لتغير صمامات القلب)

	نوع تغير الصمام	العلامات النظرية	بالجس	بالقرع	بالتسمع
١	عدم كفاية مترال	زيادة قرع القمة وفى الغالب تتجه الى اليسار	اهتزاز انقباضى فى القمة والنبض الكعبرى قوى	ضخامة البطين اليسارى ثم ضخامة اليمنى	نفخ انقباضى قوى فى جهة القمة وشدة اللغط الثانى للشريان الرئوى
٢	ضيق مترال	امتداد فى انقباضات القلب ونبض شراسيفى	اهتزاز ارتخائى فى القمة والنبض صغير وغير منتظم أحيانا	ضخامة فى البطين اليمنى	نفخ ارتخائى قريب من الانقباض البطينى فى القمة واللغط الاول أحيانا قوى والثانى الرئوى متزايد ومزدوج أحيانا
٣	عدم كفاية الاورطا	قرع القمة شديد منتقل الى اليسار والاسفل ونبض الشرايين المتوسطة والصغيرة ظاهر	قرع القمة قوى ويرفع جدران الصدر والنبض صغير	الضخامة متزايدة فى البطين اليسارى	نفخ أورطى ارتخائى شديد شدته فى الجزء العلوى من القص ولغط شريانى نخذى أحيانا مزدوج
٤	ضيق الاورطا	قرع القمة جهة اليسار	انقباض القلب ليس قويا والنبض بطىء صغير أحيانا	ضخامة فى البطين اليسارى	نفخ أورطى انقباضى شديد يمتد الى جهة اليمين
٥	ضيق الصمام الأذنى البطينى اليمنى	نفخ فى القاعدة قبل انقباض القلب			

(الاعراض الموضعية التابعة لتغيرات صمامات القلب والمضاعفات)

(أولا) - التغيرات التى تشاهد بالنظر

هى دائما لا تبتدئ بالقلب بل بأعضاء أخرى كاضطراب الهضم والرأس والدوار والملل والتعب فى الجهاز التنفسى كضيق النفس الذى يحصل عندهم من أقل مشقة ويكون وحده العرض المتعب لانه ينشأ عنه احتقان أوعية الرئة فيبطوء تبادل الغازات الحاصل بواسطة التنفس الذى يزداد ضيقه عند تقدم الداء بسبب التغيرات المرضية التى تحصل فى الرئة لضيق حويصلاتها من زيادة حجم أوعيتها الشعرية ولهذا توجد أحيانا نزلة شعبية مزمنة وينشأ أيضا ضيق التنفس عن ازدياد ضخامة القلب وانسكاب السائل المصلى فى تجويف البليورا او أوزيما الرئتين التى حصولها فى تغيرات صمام مترال أكثر من حصولها فى تغيرات صمام الاورطا وقد يكون ضيق التنفس نوبا وهو المسمى بالربو القلبى

ومن الاعراض التابعة لتغيرات القلب الخفقان بأن يحصل فى القلب ضربات ناشئة عن زيادة فعله وقد تقرب قوتها من قوة الضربات العادية وتزداد عند ضعف قوة التعويض ويحرضها الانفعال النفسى والرياضة ويجوز أن تكون نوبا عند بعض المرضى ويزداد فيها النبض عند بعض آخر ويندر وجود آلام فى قسم القلب عند المصابين بأمراضه وانما يحسون بضيق فى الصدر وقد يحسون بآلام ناخسة تصعد من قسم القلب الى الكتفين أو الذراعين اذا كانوا مصابين بعدم كفاية الاورطا وأما الآلام البطنية والشراسيفية التى تحصل أحيانا عند هؤلاء المرضى فتنشأ عن احتقان فى الكبد أو عن استسقاء البطن ويضاف الى ذلك الآلام الحدارية التى تعرض لبعضهم وهذه الاعراض قد تزداد مع انحطاط القوى حتى ينتهى المرض بالموت

(ثانيا) - الاعراض التى تظهر من جهة القلب

يوجد فى سرعة النبض تنوعات ناشئة عن تغير شديد فى الجهاز العصبى المنبثة فروعه فى منسوج القلب مرتبطة بحالة ضربات القلب وحينئذ يتوتر النبض ويتوالى فيصل فى الدقيقة الواحدة الى ١٢٠ والى ١٤٠ نبضة وقد يحصل بطء فينقص حتى يصل الى ٥٠ أو ٣٠ نبضة فى الدقيقة وقد تطرأ عليه نوب فيزيد حتى يبلغ فى الدقيقة ٢٠٠

نبضة أو أكثر وهذا هو المسمى بشدة ضربات القلب (تاكيكاردى) وهذه النوب يكثر حصولها فى اصابة صمام مترال ويصحبها ضيق فى الصدر وحيرة ويجوز أن تمكث ساعات وتزول فجأة ولا يعلم سببها انما يحتمل نسبتها الى نوع شلل وقتى فى أعصاب ضربات القلب لان أعصابه تتأثر فى جميع الاحوال التى يحصل فيها اضطرابه الناتج عن أمراض صماماته ومشاهدة بطء ضربات القلب فى تغير صمام مترال أكثر من مشاهدته فى صمام الاورطا والتغيرات المزمنة للقلب يصحبها فى عضلة القلب أو فى التامور تغيرات تشريحية تعقبها الحالة الزلالية للبول والاستحالة الشحمية للقلب ووجود مواد دهنية على أعمدة القلب اللحمية وأوتارها وهذه المواد تعوق تعويض ضربات القلب على ما قيل ثم ان تزايد الاستحالة وينتهى بشلل فى القلب

ومن التغيرات التى تعقب آفة صمامات القلب التصلبات التى تتكون فى منسوج العضلة بسبب أن الالتهاب المزمن للغشاء الباطن للقلب يمتد الى المنسوج العضلى الاسفل فيحدث فيه التهابا مزمنا ولهذه التصلبات أسباب أخرى مثل سماكة المنسوج الخلوى تحت الغشاء الباطن للقلب فينشأ عنها ضعف ضمورى يقع على الاحزمة العضلية السطحية ناشئ عن زيادة ضغط الدم على تجويف القلب عند عدم كفاية صمام مترال أو الاورطا وأما السماكة الاسكلوروزية التى تسد الشرايين التاجية فهى سبب أيضا للتصلبات العضلية

وأما الالتهاب التامورى فيحصل عقب تغيرات الصمامات ويكون مضاعفة خطرة توجب الموت وتكثر مشاهدته فى أحوال تغير صمام الاورطا ويفسر ذلك بمرور الالتهاب من خلال منسوج الاورطا الى التامور

(ثالثا) - الاعراض التى تظهر من ركود الدم فى اعضاء مختلفة من الجسم

هذه الحالة تحصل من عدم جريان الدم بسهولة وانصبابه فى القلب الايمن وحينئذ يتكون السيانوز القلبى المعروف باللون الاردوازى للوجه والشفتين والاظافر الخ ويزداد بازدياد عدم تعويض الدورة كما ذكرنا ويكثر وجوده فى تغير صمام مترال والاستسقاء مضاعفة تحصل من عوق سير الدم الوريدى الذى تعقبه الارتشاحات المصلية وتصاحب الاوزيما

التى تشاهد أولا فى الاطراف السفلى خصوصا بمجاورة العقبين لثقل الدم فيها وتزداد شيأ فشيأ وتتناقص بالراحة وفى الليل ويصحب ذلك أيضا استسقاء زقى وصدرى وظهور عوق الدم بكثرة فى الكبد والطحال والكليتين وكل منها يعرف بعلاماته وقد يصحب ذلك لون يرقانى وتغيرات أخرى تصيب القناة الهضمية

(رابعا) — الانسداد الوعائى

ينشأ هذا الانسداد عن بطء الدورة واضطراب تغذية جدر الاوعية اللذين يحصلان كثيرا فى أمراض القلب وينتج عنهما تكون جلط دموية يقف بعضها فى تجويف القلب أو فى الصمامات المريضة أو فى الميازيب التى بين أعمدة القلب والاذينات وأحيانا تتكون فى الاوردة خصوصا أوردة الاطراف السفلى ومن هذه الجلط تنفصل سدادات تنتقل بتيار الدم وتسد أوعية الاعضاء البعيدة فجلط الشريان الرئوى ينشأ عنها انسدادات وريدية يعقبها نزيف رئوى وانسداد شرايين المخ هو السبب المعتاد للنزيف المخى الذى يطرأ أثناء سير أمراض القلب وانسداد الشرايين الغليظة للاطراف وان كان قليلا ينشأ عنه غنغرينية الاطراف فى الاحوال التى لا تتعوض فيها الدورة التفممية وانسداد الشرايين الكلوية موجب للأنزفة البولية الخ

(خامسا) — المضاعفات التى تحصل من جهة المجموع العصبى

منها لين المخ والنزيف الذى يشاهد لاسيما فى عدم كفاية الاورطا وقد شوهد اضطراب فى القوى العقلية عقب أمراض صمامات القلب بسبب تأثيرها على فعل التغذية ولذا لا تشاهد هذه التغيرات الا فى آخر المرض وهى تنحصر فى تغيرات ماليخوليا أو جنون هيامى

(سادسا) — التغيرات التى تحصل فى المفاصل

اصابة المفاصل فى أمراض القلب ليست نادرة بل كثيرة كاصابة الغشاء الباطن للقلب فى الحدار المفصلى

(سابعا) — الاعراض العمومية

يحصل أثناء نمو الاطفال تأخر فى أمراض القلب الخلقية وبالعكس تكون أمراض القلب المكتسبة عند الكهول ولو أننا شاهدنا عند هؤلاء المرضى زيادة نمو المنسوج الشحمى فى

أوائل الامر ومتى تمكن الداء وأزمن يحصل اضطراب فى التغذية وأنيميا خصوصا عند عدم كفاية الاورطا وتحصل نحافة عمومية لا يتم ظهورها بسبب حصول الاوزيما وأمراض القلب لا تصحبها الحمى عادة ومع ذلك يجوز أن يطرأ عليها حمى لطيفة غير منتظمة مصحوبة باضطراب عمومى فى البنية أو غير مصحوبة ناشئة عن نكسات التهاب الغشاء الباطن بقطع النظر عما يطرأ من المضاعفات ويجوز حصول الحمى بدرجاتها المختلفة

(سير تغيرات صمامات القلب والمدة والانذار) — سير هذه التغيرات بطىء مزمن عادة يستمر سنين مادام تعويض الدورة موجودا فان المرضى لا ترتاب فى مرض قلوبها وتستشعر بتعب فى التنفس ولا تحتمل الاتعاب وتتعود على هذه الحالة الغير الطبيعية التى تصير محتملة خصوصا عند الاشخاص التابعين للتدبير الصحى ولا يمكن أن يقدر زمن تعويض الدورة لتعلقه بالجزء المصاب ونوع الاصابة وبنية المريض والمضاعفات التى تطرأ واذا حصلت علامات ينشأ عنها عدم التعويض كالاوزيما وضيق التنفس أمكن المريض أن يقاوم ذلك بمعالجة مناسبة ليعيش زمنا حتى يفقد التعويض ويعاق سير الدم الوريدى فتزداد الاوزيما وضيق التنفس ويحصل استسقاء والحدقة تضيق عند عسر التنفس ثم تتسع ويسود الوجه فيموت المريض بعد مكابدة مشاق وأما الانذار فيختلف بنوع تغير الصمامات فانذار عدم كفاية صمام الاورطا أنه أقل خطرا لمكث التعويض فيه مدة ثم يفقد فلا يوجد للمريض علاج وانذار عدم كفاية صمام مترال أنه قليل الخطر مدة تعويض الدورة نعم اذا ضاق هذا الصمام صار خطرا ولا يمكن اطلاق القول بأن تغيرات القلب العضوية قابلة للشفاء فى ابتداء تكونها الا أنها فى العادة لا تقبل الشفاء وانما يتوصل الى منع المضاعفات التى تطرأ من وجود هذه التغيرات أو الى معالجة ما طرأ حتى تتحسن الحالة المرضية القلبية والمرضى تصح اذا كانت حديثة السن بل يجوز حصول تمام الشفاء اذا كانت أمراض القلب منحصرة فى تمدد فيه وعدم كفاية خفيفة ونفخ أنيماوى وهذه الاحوال المرضية كانت مشتبهة بتغيرات صمامات القلب

(المعالجة) — أولا تعالج أمراض صمامات القلب بالاحتراس من هذه الآفات بأعضاء المصابين بالحدار سالسيلات الصودا أو حمض السالسيليك مع منع الافراط فى استعمال

المشروبات الروحية وشرب الدخان واتباع انتظام المعيشة فيمتنع بهذه المعالجة كثير من تغيرات القلب

(ثانيا) – تعالج تغيرات صمام القلب المعوضة باتباع ترتيب مخصوص ويجب على الحكيم أن يعلم المريض انه مصاب بآفة قلبية وحياته معلقة باعماله الشخصية بأن يتجنب منبهات القلب والتعب فى أى شئ أو زيادة التفكر والافراط فى المآكل والمشروبات الروحية والدخان ويستعمل من الادوية يودور البوتاسيوم ومحلول فولر وزرنيخات الانتيمون والحبوب الانتيمونية لكن لم تثبت نتيجة جيدة من استعمال هذه الادوية فى تغير الغشاء الباطن للقلب ولذا يلزم جودة غذاء المريض واعطاؤه أدوية مقوية كالحديد والكينا وثبت بالتجارب نفع الحمامات الصودية خصوصا مياه نوهايم والمياه المشابهة لها والمياه الملحية التى درجة حرارتها من ٢٦ الى ٢٧ ريمور ويضاف الهواء الجيد الى ذلك فانه نافع لمن كان عرضة للنزلات الشعبية والامراض الحدارية ومساعد لهم مدة الشتاء فى البلاد الجنوبية

(ثالثا) – اذا حصل ضعف فى التعويض وجب استعمال قليل من الديجيتالا لانها تلطف ضربات القلب وتقويها وتنظمها وتدر البول وحينئذ يروق وتقل كثافته ويخف ضيق النفس وتحسن الحالة العمومية فى زمن قليل (ونحن) نستعمل الديجيتالا على شكل منقوع وتختلف كميتها بالنسبة لحال المريض وسنه فيؤخذ من ورقها من ٣٠ سنتى الى جرام وتنقع فى ١٢٠ جراما من الماء ويعطى المريض كل يوم ملعقة وبعضهم يضيف الى هذا المنقوع ٣٠ جراما من سائل خلات البوتاسا و ٤ جرامات من الطرطير البورقى وقد يعطى مسحوق الديجيتالا من ٥ سنتى الى (١) ديسى ممزوجة بالسكر ويتعاطى المريض كل ساعتين ورقة وليحذر من اكثار الديجيتالا فانه قد يحدث اضطرابا فى ضعف النبض ويصير غير منتظم وتكون الحالة العمومية للمريض رديئة ويصاب بتهوع وقيئ بل قد يطرأ عليه خمود يحترز من حصوله باعطاء المريض نبيذا او قهوى الخ وقد توجب الديجيتالا لتراكمها فى الجسم أعراض تسمم ولذا وجب استعمالها فى بعض الايام كما يجب تركها عند انتظام البول وحينئذ تعطى مدرات أخرى كخلات البوتاسا والطرطير البورقى ثم تستعمل

عند لزومها وقد يتعود عليها المريض فيأخذ من مسحوقها فى اليوم الى خمسة جرامات أو أكثر وحينئذ لا تؤثر عند المريض ولا يمكنه تحملها فيضطر لتركها وقد توافق هذه الحالة الدور النهائى لهذا المرض

ولا يلزم استعمال الديجيتالا الا اذا كان سير الدم بطيئا ولم يكن النبض صغيرا ولا متوترا ولا غير منتظم وان لم يمكن اعطاؤها بطريق المعدة أعطى منها منقوع $\frac{1}{100}$ بطريق المستقيم على شكل حقنة ويخلف القهوين أى الاصل الفعال للقهوى الديجيتالا فانه اذا أعطى منه كل يوم جرام أو جرام ونصف يحصل منه بطء وانتظام وتقوية القلب والشرايين والاحسن استعمال مسحوق سالسيلات الصودا والقهوين من ٢ الى ٣ ديسى ويعطى أيضا ليمونات جاوات القهوين بهذه الكمية أو أقل منها بطريق الحقن تحت الجلد ومن هذه الادوية كبريتات الاسپارتايين ونجاح هذه الادوية غير مؤكد ولذا لا تستعمل الا عند عدم استطاعة الديجيتالا

وقد يحتاج للمعالجة العرضية كالاستسقاء الزقى فانه قد يزول بتعويض الدورة وزوال السائل ويسهل زواله بالوضع المناسب لسهولة الدورة وقد يستعان على زوال استسقاء الاطراف برباط ضاغط عليها وتكبيسها واستعمال الادوية الاخرى المدرة للبول كالزئبق الحلو فيعطى كل يوم من مسحوقه ٢ الى ٥ ديسى ولا يستعمل عند ظهور علامات التلعب ويستعان أيضا على هذا الاستسقاء ببزل البطن أو تشريط الاعضاء الاخرى المرتشحة كجلد الاطراف وجلد الصفن عند اللزوم لما يخشى من حصول اريتما أو حمرة واستعمال الآلة البازلة الدقيقة من الفضة المعروفة بالآلة البازلة لسوتهاى أحسن من استعمال المبضع أو المشرط وعلى كل يلزم حفظ الجلد من الوساخة ومن الميكروبات بوضع قطن فينيكى أو سالسيلى ومن طرق ازالة هذا الاستسقاء استعمال المعرقات كالبيلوكاربين أو لف الجسم بلفافة ساخنة ويقاوم ضيق النفس بالمورفين استعمالا بعد الديجيتالا وحقنا تحت الجلد والوضعيات المحولة على الصدر وحمام الايدى الساخن وكذا خلات الرصاص الى ديسى واحد كل ثلاث ساعات مضافا اليها ٣ الى ٥ ديسى من الافيون وقد يلزم استعمال مسهل شديد كمنقوع السنا المكى وماء الحياة النمساوى والصمغ

النقطى وأما بخورنترين الاميل فلا يجدى استعماله نفعا ويقاوم الخفقان بوضع الجليد فى علب صفيح أو فى مثانة على قسم القلب ويسكن الخفقان الخفيف باستعمال برومور البوتاسيوم وماء الغار الكرزى المضافة اليه صبغة الديجيتالا أجزاء متساوية يعطى منها فى اليوم مرتين أو ثلاثا عشرون الى ثلاثين نقطة واستعمال المورفين أحسن شئ لتسكين الخفقان النوبى والالم الذى يصحب تغيرات الصمامات وتنظم حالة المعدة بالمقويات المرة وحمض الكلورايدريك وحالة الامعاء بالمليّنات ويقاوم الدوار والاغماء عند صمام الاورطا بوضع المريض وضعا أفقيا واعطاء المنبهات كالنبيذ والايتير وروح النترا الحلو وعلى كل تعالج الاعراض والمضاعفات الاخرى بما يناسبها

(الباب الثانى فى التهاب الطبقة العضلية للقلب)

وهو التهاب يصيب الطبقة المتوسطة للقلب وينقسم الى قسمين حاد ومزمن

(المبحث الاول فى الالتهاب الحاد لعضلة القلب)

ينقسم هذا الالتهاب الى منتشر ومحدود ويصيب تارة الالياف العضلية فيسمى بالالتهاب الجوهرى لعضلة القلب وتارة أخرى يصيب المنسوج الخلوى الضام لهذه الالياف فيسمى بالالتهاب الخلالى وقد يستحيل أحد هذين الالتهابين الى الآخر

(الاسباب) - ينشأ هذا المرض من الحميات الطفحية والعفنة والنفاسية وأمراض الكلى وداء السقاوة والحدار الحاد والامتصاص الصديدى وتغيرات الشرايين التاجية والتهاب الغشاء الباطن خصوصا التقرحى وقد يظهر الالتهاب الخلالى المنتشر أثناء أمراض عفنة أخرى كالدفتيريا

(الاعراض) - يحس المريض بألم فى قسم القلب واضطراب فى ضرباته وضعف فى قوتها وعدم انتظام فى النبض ومتى تقدم الداء يحصل فى القلب شلل ويموت المريض

(التشريح المرضى) - يختلف بالنسبة للعنصر المصاب بالالتهاب فالالياف العضلية تنتفخ عند التهابها وتصير لماعة شبيهة بدهن الخنزير وقوامها هشا واذا بحث عنها بالمنظار المعظم يرى أنها منتفخة من الداخل وزشاملة لحبيبات عديدة صغيرة منضمة الى بعضها

وتزول هذه الحبيبات بحمض الخليك أو محلول قلوى فيبقى جوهر متجانس زلالى قد تتكاثر فيه النوايات واذا تزايد المرض تستحيل هذه الحبوب الى كرات شحمية لا تذوب فى حمض الطرطيك ولا فى القلويات وانما تسود هى والنوايات من حمض الاوزميك ومتى امتدت الاستحالة الشحمية استحالت الليفة العضلية الى اسطوانة مملوءة شحما واذا كان مجلس الالتهاب المنسوج الضام انتهى بالتقيح غالبا وتكون خراج أو خراجات زرقاء قدرها من رأس الدبوس الى الفولة الى البيضة أو أزيد متحصلها مكون من سدادة وعائية أو كتلة ذات دم أو قيح واذا كانت الخراجات صغيرة جاز زوالها فيحصل فيها الاستحالة الجبنية أو يتكون فيها رسوبات جيرية وأحيانا تتكيس وقد لا يزول الخراج وينفتح فى التامور فيحدث فيه التهابا حادا يقتل عادة وقد يكون للقيح طريق يمر فيها الى الغشاء الباطن للقلب ويجوز أن يمزقه وينصب فى تجويفه فيمتزج بالدم ويسرى معه ويحدث انسدادا فى أوعية أخرى كما ان الدم يدخل فى تجويف الخراج ويحدث تمدد جدران القلب ويكون أنورزما القلب وقد يستطرق أحد التجويفين من بطين الى بطين أو من بطين الى أذين وقد ينتشر الصديد فى سمك احدى صمامات القلب بين الوريقتين اللتين لغشائه الباطن

ومما ذكر يعلم أن التغيرات التشريحية التى من هذا القبيل لا تحصل فى عضو مهم مثل القلب بدون أن تحدث اضطرابا فى وظيفته

(المعالجة) - تنحصر فى استعمال مضادات الالتهاب والوضعيات الجلدية

(المبحث الثانى فى الالتهاب المزمن لعضلة القلب)

هذا المرض يسمى أيضا بالاستحالة الاندمالية وبسكليروز الشرايين التاجية

(الاسباب) - منها الالتهاب الحاد وضيق أو انسداد بعض شرايين القلب التاجية ومنها تعاطى المشروبات الروحية والافراط فى كل نوع وقد لا يعرف سببه ويجوز أن يكون لكل من الزهرى والانفعالات النفسانية وتقدم السن دخل فى ايجاده ويشاهد هذا المرض عند الرجال أكثر منه عند النساء

(الاعراض والسير) - أعراض الالتهاب المزمن لعضلة القلب لم يعلم منها الا ضعف القلب تدريجيا وشكوى المريض من ضيق الصدر عند أدنى مشقة وسرعة ضربات القلب

وخفقان مصحوب بألم فى قسم القلب يصل الى الذراع وقسم المعدة مع ضعف لغط القلب الذى قد يحل النفخ محل اللغط الاول منه والنبض يتقطع وقد لا ينتظم وتحتقن أوردة العنق ويصير المريض عرضة لنزلات شعبية وتتعذر ضربات القلب وتظهر الاوزيما فى الاطراف والارتشاح فى الاغشية المصلية ويحتقن الكبد والدماغ وتحصل أنزفة ثم يكون فى القلب تمزق أوشلل فينتهى المرض بالموت وانذاره أنه خطر لايبرأ منه

(التشريح المرضى) - يزداد حجم القلب ويتمدد مع بقاء الصمامات سالمة متى كانت اصابة القلب بسيطة غير مضاعفة باصابة الصمامات واذا بحثنا عن عضلة القلب نجدها مشتملة على عدة بقع اندمالية غير منتظمة بيضاء لماعة يرى بالمنظار انها متكونة من منسوج خلوى التحامى حل محل الالياف العضلية التى زال جزء عظيم منها ومجلس هذه البقع عادة الجدار المقدم والبطينات خصوصا جهة القمة وقد تكون قرب الغشاء الباطنى أوالظاهرى للقلب أوفى أعمدة القلب اللحمية وكان جميع هذه التغيرات منسوبا لالتهاب عضلة القلب ثم نسبها فيجز وهوبر وغيرهما فى أغلب الاحوال الى تغير الشرايين التاجية وتفرعاتها الموجب انسدادا تاما الفرع شريانى وحينئذ تتغير الالياف العضلية ثم تكون استحالة حبيبية أو جبنية تنتهى بالالتحام أواستحالة اندمالية مصاحبة لتغير الغشاء الباطن للقلب وقد يكون تغير هذه الشرايين مصحوبا بتغير شرايين أخرى بعيدة عن القلب وفى بعض الاحوال يحصل فى الشريان ضيق تدريجى فتضطرب تغذية العضلة من عوق سير الدم فيها وتضمر وتتبدد ويخلفها منسوج خلوى

ويكون عقب التغيرات الاندمالية الشاغلة لجزء كبير تمدد عظيم فى جدران القلب خصوصا جدران البطين الذى يرق من ذلك ويقبل ضغط الدم فيتمدد وتحصل أنورزما القلب المعرضة للتمزق الذى ينشأ عنه صوت مفزع وضخامة القلب وتمدده ورقته وينتهى تغير جدر الشرايين التاجية بزوال فعلها الفسيولوجى

(المعالجة) - يلزم الطبيب أن يأمر المريض بالراحة المطلقة عقلية وجسمية وبالاغذية الجيدة ويأمر الضخام باتباع حمية مخصوصة والامتناع من شرب الخمر والدخان واستعمال الرياضة ويتدارك خفقان القلب بوضع مثانة مملوءة جليدا عليه ويساعد القلب على

انقباضه متى عجز عن تأديته وظائفه ويأمر بالادوية المضادة للزهرى اذا كانت بنية المريض زهرية وباقامة المريض فى هواء طلق زمن الصيف وباستعمال مياه كارلسباد ومارين باد وكسنجن ونوهايم والحمامات القلوية الفاترة والديجيتالا وباستعمال يودور البوتاسيوم والزرنيخ زمنا طويلا ويضاف الى ذلك معالجة الاعراض الكثيرة الظهور

(المبحث الثالث فى الضخامة الاصلية للقلب وتمدده)

يعرف هذا المرض بالقلب الضعيف وهو اما تابعى أو أصلى

(الاسباب) - أما التابعى فينشأ من تغير صمامات القلب والتهاب طبقته المتوسطة والامراض الموجبة لعوق دورة الدم كما يشاهد فى بعض أمراض الرئة والكليتين ويحصل عقب بعض حميات خبيثة وأما أسباب الاصلى فمنها الضيق الخلقى للاورطا وهو نادر والاشغال الشاقة والافراط فى المأكولات والمشروبات خصوصا الجعة (البيرة) فان (كبولنجر من مونيك) ميز القلب الناشئة ضخامته منها وسماه بالقلب المونيكى ومن أسباب نوع هذه الضخامة تنبيه عصب القلب والسمن بسبب تراكم الشحم حول القلب وقيل ان سببها الوراثة والاستعداد

(الاعراض) - اما موضعية أو عمومية فالموضعية لا تظهر فى ابتداء المرض لجواز أن يكون الشخص مصابا بضخامة القلب من غير شعور بعلاماتها حتى تتمكن الداء فيضعف القلب بسبب أن احدى عضلتيه لا تتبع سير ضخامة العضلة الاخرى ولذا سمى الانجليزيون من زمن (استوكر) هذا القلب بالقلب الضعيف وحينئذ تظهر علامات تغير الصمامات القلبية ولا يتم التعويض فتظهر الامراض التابعة لعوق الدورة المذكورة فى أمراض صمامات القلب ويضاف الى ذلك الذبحة الصدرية والربو القلبى وقد تنحصر علامات هذا المرض فى صعوبة التنفس التى تزداد بالمشاق الجسمانية وفى الملل وسرعة التنبيه والدوار أو الاغماء وضعف الشهية والقوة العقلية والميل الى العرق وكونهم عرضة للامساك وأما الاعراض العمومية فتظهر بعد ذلك ثم تظهر أمراض عوق الدورة أيضا ثم يموت المريض عقب الاستسقاء العمومى والمضاعفات الاخرى خصوصا الانسداد وقد يقف

المرض مدة عند اتخاذ الاحتياطات اللازمة

(التشخيص) - يلزم أن نلتفت الى ما ذكرناه فى الاعراض ونعتبر أسباب هذا المرض ونضيف الى ذلك الخفقان وزيادة ضربات القلب الذى بقرعه نسمع أصمية ممتدة عرضا ومتجهة الى جهة اليسار وبالتسمع نتحقق عدم وجود تغير فى الصمامات لعدم سماع نفخ أو لغط غير طبيعى وحينئذ لا يبقى علينا الا اشتباه الالتهاب المزمن لعضلة القلب بهذا المرض ولا يميزهما الطب العملى الا أن اسبابهما مختلفة ووجود تغير فى الشرايين الرئوية لا يمنع من اشتباههما

(المعالجة) - وسائط العلاج هنا هى الوسائط المستعملة فى تغير صمامات القلب

(المبحث الرابع فى الاستحالة الشحمية للقلب)

أسلفنا استحالة الالياف العضلية للقلب فلا نعيدها بل نضيف اليها تشحم القلب المنحصر فى تراكم منسوج شحمى على التامور أو أسفل الوريقة الحشوية له وعلى الاوعية الغليظة وعلى ميزاب القلب وربما انبث فى جوهر عضلة القلب اذا كان كثيرا فيصاب القلب بضخامة وتمدد وقد يصطحب بتغير اسكليروزى فى شرايين القلب أو منسوج ندبى فى عضلته تابع لالتهابها المزمن

(الاعراض) - لا يوجد لهذا المرض أعراض واضحة بل يحتمل حصوله عند الاستسقاء والسمن وضعف القلب وصعوبة التنفس وصغر النبض وعدم انتظامه

(المعالجة) - تستعمل الادوية المقوية للقلب وأدوية الاعراض التى تظهر والوسائط المزيلة لشحم السمان

(الباب الثالث فى أمراض التامور)

(المبحث الاول فى التهابه)

التهاب التامور هو نادر ان كان أصليا وكثير ان كان تابعيا وحينئذ يظهر أثناء أمراض أخرى

(الاسباب) - أهمها الحدار المفصلى الحاد ويندر حصوله عقب أمراض عفنية كالحصبة والقرمزية وفى أثناء سير الاسكربوط والفرفورية والتهاب الكلى والامتصاص الصديدى

وغير ذلك وقد يلتهب التامور بالتهاب مجاوره وبتغير الصمامات المزمنة للقلب والتهاب عضلته والسل الرئوى ويسمى بالالتهاب الدرنى سواء حصل قبل أو بعد تدرن البليورا ويكثر لدى الشبان والكهول

(الاعراض) - يجوز حصول التهاب تامورى خفيف أثناء الحدار المفصلى بلا شعور بأعراض مهمة ولا يستكشف الا بالبحث على قسم القلب فيعرف بعلاماته المرضية أما اذا كان شديدا أحس المريض عادة بألم وضغط على قسم القلب وضيق النفس وألم الرأس ثم تحصل الكوما وتنشأ هذه الظواهر المرضية عن اضطراب الدورة والضغط على القلب من النضح الالتهابى

وأما العلامات المرضية النظرية فتعرف بتغير هيئة المريض مع البهاتة السيانوزية وحيرة فتلتجئ المرضى الى الجلوس فى الفراش أو النوم مرتفعة الجذع أو الرأس ويصير نبضها سريعا صعبا غير منتظم وأوردتها الوداجية منتفخة ويكبر قسم القلب تدريجيا متى ارتشح التامور وترتفع المسافات بين الاضلاع تدريجيا أيضا وتختفى حركات القلب لبعده عن جدران الصدر وتضعف ضربات القمة حتى تختفى فى الموضع المعتاد وتظهر عند نوم المرضى على الجهة اليمنى وقد يحس عند وضع اليد على قسم القلب بتموجات واحتكاك ناشئ عن تماس وريقتى التامور الخشنتين زمن انقباض القلب ويزول هذا الاحتكاك بعد تكون السائل فى التامور وتباعدها تين الوريقتين وقد لا يستشعر به عند تغير صمامات القلب وبالقرع تسمع أصمية مثلثة الشكل قمتها الى الأعلى موازية للمسافة الثانية أو الثالثة بين الاضلاع قرب الحافة القصية اليسرى وتمتد قاعدتها فى الاسفل الى غاية الخط الثديى أو أسفل منه ومن العلامات المهمة فى التشخيص أن قرع قمة القلب قد يكون خارجا عن حدود الاصمية وهى تتغير بتغير أوضاع المريض

(الاعراض العمومية) - منها الحمى التى تبلغ درجة حرارتها ٣٩ مع تواتر النبض وعدم انتظامه ومنها ازدياد السائل الذى يضغط على الرئتين فيزيد فى ضيق النفس واذا ضغط السائل على العصب الرئوى المعدى عسر الازدراد وانطفأ الصوت ومتى تقدم الداء قل افراز البول ويحصل استسقاء وأوزيما فى التجاويف المصلية

(أشكال التهاب التامور) — منها التهاب ظاهرى والتهاب بليوراوى والتهاب التصاق والتهاب درنى

أما الظاهرى فيصيب الوريقة الظاهرة للتامور ويمتد عادة الى المنسوج الخلوى الكائن فى الحجاب المنصف المقدم

وأما البليوراوى فيمتد التهابه الى الجزء المجاور للبليورا المغشية للحافة المقدمة للرئة ويجوز أن يمتد هذا الالتهاب أو يوجد مع التهاب الغشاء الباطنى للقلب

ويعرف هذا الشكل فى معظم الاحوال باحتكاك قريب من قمة القلب وحافته اليسرى ويصاحب حركات القلب أكثر من حركات التنفس وهو المسمى بالاحتكاك الخارجى للتامور أو الاحتكاك البليوراوى التامورى ومن علامات هذا الشكل صغر النبض زمن حركة الشهيق بسبب احاطة الالجمة بأصل الاورطا التى يضيق قطرها عند اتساع الصدر الأن هذه الظاهرة تشاهد أيضا عند وجود تجمع مصلى فى التامور ويشاهد احتقان الاوعية الوداجية ويحصل ضعف فى حركات القلب خصوصا ضربات القمة التى تبعد عن جدران الصدر ومجلس الاصمية يختلف باختلاف أوضاع المريض كما ذكرنا

وأما الالتصاقى فيصحبه التصاق وريقتى التامور التصاقا تاما أو غير تام فى جزء أو جملة أجزاء ولا يستشعر به زمن الحياة لكونه يحصل فيه دفعة واحدة بكيفية مزمنة فلا يشاهد الا عند فتح الجثة واذا ظهرت علاماته المرضية فى الحياة كانت منحصرة فى انقباض القلب الذى يعرف من المسافات بين الاضلاع المجاورة لقمة القلب بسبب التصاق وريقتى التامور بجدران الصدر وقد يوجد هذا الضعف وان لم يوجد التصاق بجدرانه ويزداد زمن حركة الشهيق وأما العلامات الاخرى المذكورة فى التصاق التامور فلا توجد هنا

وأما الدرنى فيظهر حادا تارة ومزمنا أخرى ويبتدئ بألم الصدر وضيق النفس وضعف عمومى وحمى خفيفة ويضاف الى ذلك علامات التهاب التامور الموضعية وما يعقبها من المضاعفات والتدرن فى عضو آخر كالرئة مثلا

(التشخيص) — يسهل تارة ويصعب أخرى ويعرف باحتكاك تامورى يسهل سماعه اذا لم يوجد تغير فى صمامات القلب الذى يسمع فيه النفخ جهة القمة فيسمع هذا الاحتكاك

التامورى عند انقباض وانبساط القلب ويكون محدودا على قسم القلب وأكثر سطحية ويعرف أيضا بأصمية فى محاذاة قسم القلب قمتها الى أعلى وقاعدتها الى أسفل وتبعد قمة القلب عن جدران الصدر اذا لم يوجد التصاق وحينئذ لا يحس بقرع هذه القمة

(السير والانذار) — سير هذا المرض بطيء وانذاره انه خطر خصوصا اذا صحبه مرض آخر عضال سواء كان فى القلب أو بعيدا عنه

(المعالجة) — لخطر هذا المرض يلزم أن يؤمر المريض بالراحة المطلقة وتنحصر المعالجة فى وقوف الداء ومساعدة القلب على فعله

ويتوصل للاول بوضع الجليد على قسم القلب وبارسال العلق خصوصا عند دموى المزاج وبالدهن بصبغة اليودو بوضع الحراريق وان قلت افادتها وللديجيتالا هنا نفع عظيم لانها تنقص ضربات القلب وتساعد على انقباضاته فتستعمل فى كل حالة كان النبض فيها سريعا قليل التوتر لكن يلزم ملاحظة تأثيرها ويستعمل المورفين عند تسلطن الاعراض فقط فاذا زادت كمية السائل فى تجويف التامور حتى اشتدت أعراضه لزم استخراجها لكن حيث لا يتيسر تقدير الكمية قبل استفراغها لزم استعمال البزل بحقنة براقاس قبل الشروع فى ذلك ويختار عادة لفعل هذه العملية المسافة الرابعة أو الخامسة بين الاضلاع حالة كون المريض مستلقيا على ظهره ثم متى حصلت نتيجة فى البزل بهذه الحقنة التى ليست شافية لنفس المرض خصوصا اذا كان متسببا عن مرض آخر يستعمل البط بالآلة البازلة لبيلروت أو فورتنسل أو بما يشبهها ومن أراد الاطلاع على كيفية هذه العملية فليراجع كتب الجراحة وقد استعملوا اخزام التامور فى أحوال الالتهاب التامورى التقيحى

ويتوصل للثانى وهو مساعدة القلب على فعله باستعمال المنبهات كالانبذة والحقن تحت الجلد بالاتير والكافور وصبغة المسك ويستعان على تقوية الجسم بالاغذية الجيدة ومتى تضاعف هذا المرض بمضاعفات أخرى كالاوزيما وما شابهها تستعمل الوسائط العلاجية التى ذكرت فى تغير صمامات القلب كالديجيتالا ومدرات البول الخ

(المبحث الثانى فى تجمعات التامور)

(الاول) — التجمع المصلى للتامور أى استسقاء التامور وهى حالة مرضية تتصف بتجمع كمية

من سائل مصلى فى تجويف التامور ولا يوجد بغشائه المصلى صفة الحالة الالتهابية وهذه الحالة تكون تابعية دائما

(الاسباب) ـ منها انمياع الدم كما يحصل عند الانيماويين أى ضعفاء الدم والكاشكسيين أى الذين فسد دمهم ومنها عوق سير الدم فى التامور بسبب موجود فى القلب أو بعيد عنه ولذا يحصل استسقاء التامور فى أمراض القلب والكلى وفى أنفيزيما الرئة وغير ذلك

(الاعراض) ـ أعراض هذا المرض تنحصر فى كمية من السائل المصلى تجتمع فى تجويف التامور وتصل أحيانا الى لترأو أكثر وتوجب عوق فعل القلب فتضعف ضرباته وبالقرع على قسم القلب تسمع أصمية مختلفة السعة ذات شكل مثلث قمته الى أعلى وقاعدته الى أسفل ونضيف الى ذلك اعراض المرض الاصلى الناشئة عن استسقاء التامور

(التشخيص) ـ يشتبه هذا المرض بالتهاب التامور ويتميز عنه بالاحتكاك التامورى وبالمرض الاصلى الذى هو سبب فى حصوله وبسوابق المريض ويتعذر التشخيص اذا تجمع نضح التهابى فى الالتهاب التامورى ولم تعلم سوابق المريض

(المعالجة) ـ يعالج المرض الاصلى المحدث للاستسقاء التامورى وقد يلزم بزل التامور باستفراغ السائل الموجود فيه

(الثانى) ـ تجمع الدم فى التامور هذا المرض نادر وسببه تمزق أنورزما الاورطا فى الكيس التامورى أو تمزق انورزما الشريان التاجى أو تمزق القلب نفسه سواء كان هذا التمزق ناشئا عن مرض أو فعل فاعل خصوصا من جرح نارى وحصول هذا التجمع الدموى فى البريتون يحدث الموت الفجائى عادة واذا حصل النزيف تدريجا تعسر تشخيصه ولا تفيد المعالجة الا اذا كان الدم قليلا وتيسر جذبه بآلة ماصة

(الثالث) ـ التجمع الهوائى فى التامور وأسبابه الجروح الواصلة الى التامور وقد يتجمع هواء أو غاز بسبب أمراض الاعضاء المجاورة له كما فى سرطان المرىء وسرطان المعدة وقرحتها وفى الكهوف الدرنية والغنغرينية وبسبب مرور بعض المواد العفنة فى تجويف التامور يحصل التهاب تامورى تقيحى أكثر من المصلى الليفى والعلامة الرئيسة لهذا

التجمع هى الصوت المعدنى المسموع عند حركة القلب وقد يسمع صوت قرقرى اذا وجد غاز وسائل فى آن واحد ويوجد رنين أو طنين معدنى مشابه لهذا اذا قوى تمدد المعدة واتجهت الى أعلى وبالقرع لا تعلم أصمية القلب لوجود غاز أو هواء فى التامور واذا وجد السائل مع الهواء فى التامور كان السائل شاغلا الجزء السفلى والهواء الجزء العلوى ولذا نسمع أحيانا بالقرع أصمية فى الجزء السفلى من التامور تتغير بتغير أوضاعه وتتوجه المعالجة هنا الى المرض الناشئ عنه تجمع الهواء أو الغاز فى التامور

(الباب الرابع فى أمراض الشرايين)

(المبحث الاول فى الاستحالة الشريانية)

هذا المرض يتصف بتغير جوهرى فى جدران الشرايين فتزداد سماكتها ومتانتها ويعرف أيضا بالالتهاب المزمن للطبقة الباطنة للشرايين وبضيق قطرها

(الاسباب) ـ هى ادمان الخمر والزهرى والنقرس والالتهاب الكلوى المزمن والحدار المفصلى والتسمم الرصاصى المزمن والوراثة وأهمها الزهرى وادمان الخمر وعروضه للرجال أكثر منه للنساء خصوصا الشيوخ الذين تجاوز سنهم الاربعين ولذا عد من استحالات الشيوخة

(الاعراض) ـ تعرف بالبحث على بعض الشرايين الدائرية المعرضة لهذا التغير كالشريان الكعبرى والعضدى والفخذى والصدغى فاذا جس الشريان الكعبرى المتغير حس به كحبل صلب ذى مقاومة متعرج فاقد المرونة متمدد بالدم والنبض فيه يكون قويا وتشاهد التعرجات فى الشريان الصدغى والعضدى بسهولة ومتى وجدت شرايين سطحية بها هذه التغيرات يغلب على الظن وجود شرايين أخرى غائرة اكتسبت هذا التغير أيضا الا أن ذلك ليس بمطرد فقد يشاهد عند فتح الجثة تغيرات مرضية فى الشرايين الغائرة بدون أن يوجد زمن الحياة تغيرات فى الشرايين الدائرة الظاهرة ولذا صعب تشخيصه زمن الحياة ويتعسر اجتماع أعراضه فى مريض واحد

ولنذكر هنا الاعراض التى تعقب سماكة واستحالة جدر هذه الشرايين فنقول قد علمنا أن جدار الشريان يسمك ويضيق قطره فيعسر سير الدم فى الشرايين ويتقهقر فى البطين اليسارى

فتحصل فيه ضخامة تعرف زمن الحياة بقرع قمة القلب على جدران الصدر وباتجاهها جهة اليسار وامتداد الاصمية عرضا وازدياد اللغط الثانى خصوصا اذا وجد تغير فى جدران الاورطا أو فى قوسها ولفقد جدران الشرايين مرونتها تمتد ولا تعود على نفسها كالاصل ويبطؤ نبضها وقد يقل انتظامه حتى يحس بنبض الشريان المصاب بعد الاحساس بنبض شريان غير مصاب ويصير جدار الشريان المصاب هشا ويتمزق اذا استمر ضغط الدم عليه فينشأ من ذلك سكتات مخية وغيرها وقد يزداد تغير جدار الشريان حتى ينسد وينشأ عن انسداد شرايين الاطراف غنغرينتها أو اسكليروز فى الكلى يحدث فيها ضمور ولذا سميت الكلى الشيخوخية ولما كانت سماكة الغشاء الباطن للوعاء تقلل الدم الوارد اليها أحدثت تنو يعا فى تغذية العضو الواصل اليه الدم واذا وجدت سدة دموية فى الوعاء المتغير ازداد ضيقه حتى ينسد فيحصل ضمور أو لين فى العضو كما يشاهد لين فى المخ وأكثر الشرايين اصابة الاورطا ثم الشريان الحرقفى ثم الفخذى ثم الكعبرى ثم الزندى ثم الشرايين التاجية للقلب والشرايين المخية وغيرها

(التشريح المرضى) - بفتح الشريان يرى أن سطحه الباطن الذى كان أملس مستويا صار غير منتظم وغير مستو وطبقته الباطنة سميكة شبيهة بطبقة هلامية شفافة ذات متانة ليفية أو عظمية ناتجة من رسوب مواد جيرية فى خلالها وبامتداد الرسوب فى الشريان يضيق حتى يصير كانبوبة ضيقة متينة صلبة قد تبدد متانتها فى جزء من الشريان وقد تتكون قرحة تعين على ضيق الشريان عند التحامها وبتراكم المواد السددية فى الشريان ينسد واذا بحث بالميكرسكوب على قطعة من شريان سميك وجد معظم التغيرات شاغلا للطبقة الباطنة للشريان فتسمك هذه الطبقة بقدر سمكها ثلاث أو أربع مرات امابانتفاخ فى عناصرها أو بتولد فى عناصره الخلوية وقد تحصل فى هذه الطبقة استحالة شحمية فتتكون صفراء وباجتماع هذه التغيرات يحصل مايسمى الاتيروم وأحيانا تتكون الاستحالة عظمية كما سلف وقد توجد بالمحل المتغير كتلة دموية وقد تشترك فى الاستحالة الشحمية أو الجيرية الطبقة المتوسطة للشريان والمنسوج الخلوى المحيط بها وقد يحصل فى هذه الطبقة ضمور ومماذكر يعلم ان هذه التغيرات ينشأ عنها فقد مرونة الالياف العضلية للاوعية وفقد

مقاومتها

مقاومتها للموجة الدموية وبذا يفسر أيضا حصول الانورزما الشريانية

(المعالجة) - تتبع معالجة الظواهر العرضية خصوصا الامراض التى تنشأ عنها التغيرات الشريانية والانسب منع الاسباب أو ايقافها لئلا يمتد الداء

(المبحث الثانى فى أنورزما الاورطا الصدرية)

هى تمدد فى جزء من شريان الاورطا

(الاسباب) - يحصل هذا المرض عقب تغير مرضى فى جدران الشريان الذى يقبل بسبب ذلك ضغط الدم فيتمدد والفعل الشاق يساعد على حصول هذا المرض الذى هو عادة الاستحالة الشريانية ويختلف حجم الانورزما بالنسبة للحالة المرضية فقد تكون قدر تفاحة أو قبضة يد أو أكبر ومن اشكالها العديم الشكل والاسطوانى والمغزلى والكيسى وقد توجد أشكال أخرى غير محدودة

والانورزما مركبة من شامل ومشمول (فالشامل) جدارة الوعاء المخالف تركيبه لتركيب الوعاء الطبيعى لما أصابه من الاستحالة المرضية لان مجلس هذه الاصابة ليس هو الغشاء الباطن فقط بل والغشاء المتوسط والظاهرى وتشاهد هذه الاستحالة الشحمية فى الغشاءين الباطن والمتوسط اللذين يضمران تدريجيا فيرقان حتى تتكون جدران الانورزما من الطبقة الظاهرة فقط (والمشمول) هو الدم الذى بعضه سائل والبعض الآخر متكون من مادة ليفية متجمدة بعضها قديم يلتصق بجدران الوعاء والآخر حديث يجوز أن ينفصل بعضه عن الجلط الاصلية وتشغل الجلط الكبرى باطن الانورزما ذات الفتحة الضيقة والاكثر فى مجلس الانورزما أن يكون الاورطا الصاعدة وقد يكون قوسها أو الاورطا النازلة

(الاعراض) - من المرضى من لا يستشعر بالانورزما ومنهم من يحس بضغط أو ألم فى محاذاتها أو ضربات فى القلب ثم متى تمكن الداء يشاهد من الاعراض نوعان الاول منحصر فى الاعراض الموضعية الطبيعية الخاصة بالانورزما والثانى يشتمل على الاعراض التابعة لوجود الانورزما

فمن الاعراض الموضعية النبض الغير الطبيعى الناشئ من ضربات الانورزما على جدران الصدر المجاور لها متى كانت الآفة سطحية أما ان كانت غائرة فعلاماتها تخفى عن حواسنا

ويسهل الاحساس بالنبض اذا كان مجلس الانورزما الاورطا الصاعدة أو قوسها فان كان الاول كان النبض فى محاذاة طرف القص فى المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى وان كان الثانى كان النبض فى الحفرة فوق القص ويتبع حالة انقباض القلب وقد يكون هذا النبض مزدوجا واذا بسطت يدك على صدر المريض تحس أحيانا بارتعاش انقباضى واذا كان مجلس الانورزما الاورطا النازلة وهو نادر كان النبض فى الظهر بين العمود الفقرى وعظم الكتف اليسارى والانورزما اذا عظم حجمها تضغط على ما يجاورها من الصدر فتحدث فيه من الامام تحدبا فيتكون ورم عريض مرتفع نابض واذا استمر ضغطها على ما يجاورها من الانسجة تحدث فيه ضمورا حتى تؤثر فى الغضاريف والعظام ونبضها يقل اذا كان على جدارها طبقات ليفية من الجلط الدموية وبالتسمع يستشعر بلغط أرن ناشئ عن استمرار اللغط القلبى ويحتمل سماع لغط آخر انقباضى يجوز أن يكون آتيا من اهتزاز جدران الانورزما ويسمع أيضا لغط انقباضى أصم ينشأ أحيانا من الحركات التموجية التى تحصل فى كيس الانورزما واذا سمع نفخ ارتخائى يكون آتيا من عدم كفاية الصمامات الهلالية للاورطا

وأما الاعراض التابعية فهى ضخامة القلب اليسارى التى قد تحصل مع ضيق صمام الاورطا وهذه الضخامة تضغط على ما يجاورها من العروق والاعصاب والاحشاء واذا ضغطت على الشرايين أحدثت ضيقا فى قطرها ولذا نشاهد ضغط الجذع الشريانى الذى لا اسم له على أنورزما الاورطا الصاعدة وينشأ من ضغطها على الشرايين بطء نبض الشريان الكعبرى أو الشباتى اليمينى عما فى اليسارى وبالعكس اذا كان مجلس الانورزما قوس الاورطا أو الاورطا النازلة وكذا يشاهد فرق فى نبض شرايين الاطراف السفلى عن القلب ويشاهد أيضا بطء سير الدم المار فى الشرايين أسفل الانورزما التى اذا ضغط دمها على الاوردة تمتلئ دما وتحصل ارتشاحات مصلية فى الاعضاء المتوزعة فى الاوردة واذا ضغط على العصب المتحير تحصل بحة الصوت أو انطفاؤه وكذا عوق التنفس الذى يحصل أيضا من ضغط الورم على الرئة أو قصبتها واذا ضغط هذا الورم على الاعصاب بين الاضلاع أو أعصاب الضفيرة العضدية تحصل آلام شديدة وخدر وقد يحصل فى الازدراد عسر يوجب استعمال

المجس المريئى

(السير والانتهاء) – الانورزما التى تكون بالصفات السالفة يمكن أن تمكث سنين بدون أن توجب عوقا لكن يجوز تمزق الكيس الانورزماوى تمزقا ضعيفا يلتئم أو شديدا ينصب به الدم فى الاعضاء المجاورة فيحصل الموت فجأة خصوصا اذا كان الانصباب فى التامور

(التشخيص) – يعسر تشخيص الانورزما اذا لم تدرك بواسطة العلامات الموضعية الطبيعية السالفة ويجب حينئذ البحث على القلب والاعضاء المجاورة له وعلى الالم القلبى بين الاضلاع وبحة الصوت أو انطفائه الناتج عن شلله ويسهل التشخيص اذا كانت العلامات الموضعية نادرة وتشتبه أنورزما الاورطا بالاورام اللحمية وخراجات الحجاب المنصف وأورام الصدر والتكونات الجديدة للرئة والعقد الشعبية وعلامة الانورزما أن يوجد فى الورم نبض يبتدئ من المركز الى دائر الورم ويضاف اليه البحث عن القلب والشرايين ومع ذلك قد يكون التشخيص غير يقينى

وتمدد الاورطا وضيقها يكونان فى أغلب الاحوال تابعين لامراض أخرى فلا حاجة لشرحهما هنا وقد يكونان خلقيين غير مصحوبين بتغير خلقى فى أعضاء أخرى وأما تمزق الاورطا فيكون تابعا لامراضها كما أن تمزق القلب تابع لامراضه أحيانا وقد يتمزق كل منهما بنحو الجروح

(المعالجة) – فعلنا الانسداد الانورزما وشفائها وسائط أحدثت فى الشرايين الدائرية نتيجة لا يتوصل اليها فى أنورزما الاورطا وهذا لا يمنعنا من الاستعانة بوسائط الوقاية من هذا الداء وهى الضغط المستمر بواسطة كرة ضاغطة تستعمل اذا كانت الانورزما تحدث فى نقطة من جدران الصدر تحدبا لا يتحمله المريض لشدة ألمه ولم يفد ربط الشريان الشباتى وتحت الترقوة والنخس بالابر المحماة لتجميد المشمول فى الانورزما وقد أحمينا الابر بالكهربائية بدل النار لمر ورتيار فى تجويف الورم واستعمل أيضا المواد المجمدة للدم فى تجويف الاورطا مثل كلورور الحديد والاحسن حقن الارجوتين فى مجاورة الكيس الانورزماوى واستعمل من الباطن أدوية كخلات الرصاص من ٣ الى ٦ ديسى فى اليوم ويودور البوتاسيوم من ١ الى ٤ جرام ويضاف الى ذلك الوسائط الصحية والراحة المطلقة

ووضع الجليد أحيانا على قسم القلب

(المبحث الثالث فى عدم تمام نمو القلب والمرض الازرق)

هو مرض يزرق فيه الجلد والغشاء المخاطى

(الاسباب) — هى أن يكون بين الدمين الاحمر والازرق اتصال فى القلب بواسطة مايكون بين القلب اليمينى واليسارى من فتحة خلقية كثقب بوتال اذا لم ينسد وكالقناة الشعريه أو فتحة ناشئة فى الحاجز الذى بين القلب من حالة مرضية كالتهابات القلب واستحالاته وتساعد المشاق على حصول هذا المرض

(الاعراض) — هى أن يكون بالجلد والشفتين واللسان والانف وشحمة الأذن والاظافر الطويلة زرقة تقل بالراحة وتزيد بالتعب تنتج من قلة تأكسد الدم وأن تكون أصابع المرضى منتفخة الانامل وان يكون القلب ضخما به لغط ونفخ اضطرابى شبيه بما يسمى لدى العامة بقراءة الهر وهذه الاعراض تظهر زمن الولادة أو بعدها ومن الاعراض عسر التنفس أحيانا

(التشخيص) — يعرف من مجموع الاعراض السالفة ويدل المرض على وجود الفتحة الشريانية اذا حصل عقب الولادة وان لم يكن عقبها دل على وجود ثقب بوتال وبعد سنة يدل على أن الاورطا مكونة من الشريان الرئوى

(المعالجة) — هى عرضية بحسب تسلطن الاعراض

(الباب الرابع فى الامراض العصبية للقلب)

تتصف هذه الامراض باضطرابات القلب منفردة أو مصحوبة باضطرابات وتغيرات مرضية فى اعضاء أخرى

(المبحث الاول فى الخفقان العصبى)

يتصف بزيادة ضربات القلب بدون تغيرات عضوية فيه وأما الخفقان المصاحب لتغيرات القلب فقد تقدم

(الاسباب) — السبب الرئيس هو المزاج العصبى لاحداثه استعدادا عند من يصيبه

الخفقان من أقل سبب متمم كما يشاهد عند الانفعالات النفسانية والرياضة وتعاطى القهوى والشاى والدخان والمشروبات الروحية أو عقب أكله ويشاهد الخفقان العصبى عند الانيماويين والدمويين وقد فسر واحصول الخفقان العصبى بالظواهر الفسيولوجية لاعصاب القلب ثم ان العصب الرئوى المعدى والعصب العظيم السنباتوى متضادان فى فعلهما فى القلب فاذا عدم تأثير العصب الرئوى أو نبه العظيم السنباتوى تكون النتيجة واحدة وهى زيادة ضربات القلب الناشئة عن جميع الاسباب التى تنقص فعل العصب الاول كما أن الاسباب التى تنبه العصب الثانى تحدث خفقانا فيه الا أن هذه القاعدة ليست يقينية فى هذا المرض فان زيادة قوة ضربات القلب لاتكفى فى حصول الخفقان ولا نعلم سببا يحدث تنبيها فى أحد العصبين دون الآخر

(الاعراض) — يندر اتصال الخفقان و يكثر تقطعه مصحوبا بألم خفيف أو زائد لا يحتمل و بضيق الصدر وحيرة جهة القلب وعند شدته يكاد الصدر أن يتمزق من شدة ضربات القلب التى تكون طنانة غير منتظمة مع تقطع الكلام و بحة الصوت وبهاتة وجه المريض المغطى بعرق وبرودة يديه واغمائه وشوهد بقاء النبض الكعبرى على حالته الطبيعية زمن زيادة قوة ضربات القلب

(التشخيص) — هو معلوم من الاعراض السالفة لكن لا يتم الا بعد البحث الدقيق على القلب عدة مرار يعلم منها عدم وجود تغير عضوى فيه بعدم النفخ وأما النفخ الانقباضى وتمدد القلب عند الانيماويين فيصاحبه اللغط الكونتى فى الوريد الوداجى

(الانذار) — هذا المرض ليس بخطر لجواز انتهائه بالشفاء بدون حدوث أمراض أخرى وقد يطول ولا يقبل العلاج

(المعالجة) — تنحصر فى واسطتين مضاربة نوبة الخفقان ومنع حصولها فأما المضاربة فتكون باستراحة المريض فى مكان متسع متجدد الهواء قليل النور مع استلقائه على ظهره مرتفع الرأس والظهر وحينئذ تفك ملابسه وتفعل الوسائط العلاجية وجرب بعضهم زوال النوبة بضغط جزء من البطن و بعض آخر بضغط العصب الرئوى المعدى والعظيم السنباتوى فى قسمهما العنقى ولابد أن يوضع الجليد على قسم القلب و يزدرد منه المريض

وكلاهما بقدر طاقته وأن يتناول المشروبات الملطفة كالليموناتو وماءسلس وأن يحقن المورفين تحت الجلد بلا افراط لكثرة نجاحه وتستعمل المسكنات والمخدرات الاخرى وكذا الاستركنين والجويدار وبرومور البوتاسيوم ومضادات التشنج خصوصا المصابين بالاستيريا والماليخوليا من ٢٠ الى ٣٠ نقطة فى اليوم ثلاث مرات

وأما منع حصول النوبة فيكون باستعمال الوسائط الصحية المانعة لاسبابها كالهواء الجيد والغذاء اللطيف والديجيتا الامرة بل هى أقوى نفعا على ماقيل وباستعمال المياه الباردة والرياضة الطويلة والمركبات الحديدية للأنيماويين والكينا وارسال بعض علق اذا انقطع السيلان الباسورى وتحريض الحيض عند النساء اللاتى انقطع حيضهن أونقص وتعطى مضادات الديدان للمصابين به ثم تستعمل الكهربائية ذات التيار المستمر على مسير العظيم السنباتوى والرئوى المعدى

(المبحث الثانى فى الغوطر الجحوظى أومرض بازدوف)

يتصف هذا المرض بزيادة ضربات القلب وانتفاخ الجسم الدرقى وجحوظ الاعين واجتماع هذه العلامات الثلاث فى الزيادة والنقص يدل على وجوده

(الاسباب) - هو فى أغلب الاحوال وراثى والبنية لها دخل فيه فان الاشخاص الشقر اللطيفة المزاج الزرقاء الاعين الاستيريين والعصبيين والخلوروزيين والايبوخندريين والأنيماويين عرضة له وكذا اضطراب الحيض له دخل فى هذا المرض الذى يجوز أن يشاهد فى بعض البلاد أكثر من غيرها وقد تكون الامراض العفنة سببا فى حصوله وهو يعرض لمن سنه ١٥ الى ٣٠ سنة ويصيب النساء أكثر من الرجال لكن الاعراض عند الرجال أشد

(الاعراض) - تزداد ضربات القلب من ١٢٠ الى ١٥٠ وقد تصل الى ٢٠٠ فى الدقيقة وقد لايمكن عدها وتكون نوبا وتزداد صدمة القلب حتى ترفع أحيانا جدران الصدر وما عليه من الملابس وقد تكون بطيئة وبالقرع على الصدر نجد القلب متمددا ضخما وبالتسمع يحس بنفخ انقباضى قد يكون مصحوبا برنة ارتعاشية ويوجب ألما أحيانا

ويندر أن ينشأ عنه ألم صماخى والعادة أن يشغل الجهة اليمنى ويكون فى الابتداء رخوا ثم يتجمد ويحس فيه بحركة نابضة ارتعاشية ويسمع فيه نفخ مستمر يزداد زمن انقباض القلب وتتمدد شرايين الجسم الدرقى وتتفرح ويظهر فيها النبض وقد تمكث هذه الاعراض أشهرا أوسنين وأما جحوظ الاعين فعرض يظهر متأخرا وقد تزيد احدى العينين عن الاخرى فى الجحوظ والعادة أن تكون اليمنى وقد يبلغ الجحوظ درجة لايتيسر معها تمام تغطية المقلة بالجفن وقد يكون مصحوبا باضطرابات أخرى عينية أوباضطرابات عصبية واهتزازات عضلية وليس تأخر الجحوظ لازما فقد يوجد هو والغوطر قبل الخفقان وقد يفقد أحد هذه الاعراض الرئيسة أويزيد عن الآخر وقد تشاهد اضطرابات أخرى فى المجموع الوعائى أوحصول بعض أنزفة أوزيادة العرق واضطراب التغذية

(التشخيص) - يتيسر اذا وجدت الاعراض الثلاثة الرئيسة السالفة ويتعسر اذا فقد أحدها خصوصا جحوظ الاعين وهذه الحالة نادرة ويستعان حينئذ على التشخيص ببنية المريض الأنيماوى وبوجود العرضين الآخرين وبزوال هما باستعمال الوسائط الصحية

(التشريح المرضى) - لاتفيدنا مشاهدة تغيرات الغوطر الجحوظى معرفة طبيعته واذا بحثنا على قلب الموتى بهذا المرض وجدناه متمددا أوضخما أوبه استحالة شحمية وبالجسم الدرقى ضخامة فى المنسوج الخلوى وارتشاحا مصليا وشرايينه متمددة والعين جاحظة تهبط قليلا بزوال الارتشاح والاحتقان الذى كان فى خلفها والكتلة الشحمية التى فى قاع الحجاج زائدة وشحمية عضلات العين مستحيلة والنخاع الشوكى متغيرا وأوعيته متمددة وغمد العظيم السنباتوى متغيرا وبعض أليافه وخلاياه ضامرا بدون تغير فى عقده الا أن بعض الحكماء الفرنساويين أمعنوا النظر فوجدوا انتفاخا فى العقد السنباتوية القصبية والشعبية التى تضغط على العصب الرئوى المعدى وتشله الا أن هذه التغيرات تشاهد فى أمراض أخرى وتدلنا على أن طبيعة هذا المرض مجهولة الى الآن

(المعالجة) - قد عولج الغوطر الجحوظى بوسائط كثيرة كالمركبات الحديدية والبورية وبرومور البوتاسيوم والديجيتا الاوست الحسن والماء البارد ووضع الجليد على قسم

القلب واستعمال التيار المستمر الضعيف دقيقتين بوضع القطب الراتنجي أو السالب على العنق والقطب الزجاجي أو المقصب على العمود الفقري الظهري بين اللوحين وهذا الاخير ثابت والاول متحرك وتستعمل الادوية المقوية لضعفاء البنية ولابد من الراحة الجسمية والعقلية والاغذية المقوية واستئصال الجسم الدرقي وحقيقة التشخيص لا تعلم في هذه الحالة واذا حصل شفاء يجوز أن لا يستمر زمنا طويلا بدون نكسة

(المبحث الثالث في الذبحة الصدرية أو الالم العصبي)

هي مرض مؤلم نوبي يكون أولا في قسم القلب ثم يصل الى الاعصاب البعيدة عنه

(الاسباب) – يكثر عند الاشخاص العصبيين والمفرطين في حظ أنفسهم والاقاليم الباردة وبعضهم نسب ذلك الى المشروبات الكؤلية في تلك الاقاليم لكن لا ينكر أحد تأثير البرد في حصول نوب الذبحة الصدرية وقال ليدن ان بعض الازمنة مساعد على حصول هذا المرض حصولا وبائيا كما أثبت ذلك كايفلد في وباء الذبحة الصدرية الذي حصل سنة ١٨٢٤ في رانسيك ومن أسبابه المشروبات الروحية والمنبهة والحدار والنقرس والزهري والفعل المنعكس أثناء سير أمراض الكبد والطحال أو الرحم أو المبيض وعدوا من أسبابه تنبيه الضفيرة القلبية وعليه يعد من أسبابه الامراض المزمنة والحادة المجاورة لها وهذا المرض كثير في الشيوخ والكهول نادر في الاطفال والشبان ولم يشاهده تروسو الا خمس مرات في ٧٥ مريضا لم يبلغ سنهم ٤٥ سنة وشاهده مالتين في شابتين ويعرض للرجال أكثر من النساء وشاهده جوتيبه بمائة وستين حالة في ١٢٦ رجلا وكان ذلك لافراط الرجال في المشروبات الروحية والتبغ ولكثرة اصابتهم بالحدار والنقرس والامراض العضوية للقلب وللشرايين وتعد هذه الامراض من أسباب الذبحة الصدرية التابعة للامراض العضوية للقلب وللاستحالة الشريانية التي منها استحالة الشرايين التاجية سواء كانت شحمية أو تعظمية

(الاعراض) – يأتي هذا المرض بلا سبب معروف على نوب فجائية توقظ المريض من النوم وتتجدد عند ميله للنوم وقد تحصل عقب مثل التهيج العقلي أو الجسمي وعسر الهضم والمشروب الروحي والنوبة اعتيادا تبتدؤها بقيء وتسبق نادرا بتنميل ودوار

وغثيان وطنين في الاذنين وعسر في الازدراد الخ ومدتها ثوان أو دقائق أو ساعات وتوجد بعد أشهر أو في اليوم مرة أو مرات وتشتد كلما تقدم الداء وتمكن وتتصف أولا بألم جهة القلب يصفه المريض بأنه ناخس أو ثاقب أو محرق وكأن قلبه يكوى بحديد محمى أو ينزع من الصدر أو من نوق في معصرة أو مشدود شدا عنيفا يفضي الى منع التنفس ويضطرب وقت النوبة وتزداد ضرباته وتقوى وتصير طنانة وتصدم جزأ من الصدر زائدا الامتداد عن الحالة الطبيعية ويقوى النبض ويحس بالتسمع أن لغطه معدني ولعدم وصول انقباضات القلب الى الشريان الكبرى يتقطع أحيانا ويجوز أن تضعف ضربات القلب فينخفض النبض وقد تبقى ضربات القلب على حالها مدة النوبة

وبضيق التنفس يصير سطح القلب متعبا غير منتظم مصحوبا بتهيج مهدد بنوع اسفكسيا وهذه الحالة ناشئة عن تأثير عصبي بالفعل المنعكس لان اعضاء التنفس يرى بالبحث أنها سليمة والمريض يتنفس بين النوب كالصحيح ولمكابدته تغيرات القلب والتنفس تتغير سحنته ويبهت وجهه فيكون بحالة النزع ويتغطى بعرق ذي سبب عصبي وتزول قواه كأنه في سكرة الموت فييأس من حياته

ويصاحب عصبية القلب اضطرابات أخرى عصبية على مسير الاعصاب مرتبطة بهذا المرض ومعتبرة كظواهر منتشرة منه ويكثر وجود ألم يتشعشع من القلب الى الكتف الايسر والطرف العلوي اليساري الذي لا يتجاوزه وقد ينحصر في جزئه الانسي الخلفي وقد يشغل الجزء الوحشي من الساعد واليد وقد لا يحس المريض بألم بل بخدر ونوع تصلب أو تنميل في الذراع وهذه الاضطرابات العصبية الاخيرة قد تمكث مدة بعد زوال الالم وقد يوجد ألم الذراع قبل ألم القلب ويصحبه تزايد حساسية الجلد عند العصبيين وقد لا يقتصر الالم على الكتف والذراع بل يمتد منهما الى القفا والجزء الخلفي من الرأس والاذن جهة اليسار ويندر امتداده الى عصب التوأم الثلاثي والغالب أن يحس المريض في الجزء العلوي المقدم من الصدر بظواهر عصبية عن هذا القبيل تمتد الى قسم الثدي الذي قد يحصل فيه انتفاخ وكذا في الخصية اليسرى ومن الاضطرابات العصبية ألم في العمود الفقري واضطرابات في منطقة العصب الرئوي المعدي كالتشنج في المريء والتهوع واضطراب

الصوت وفواق مستمر ناشئ عن تنبيه العصب الرئوى المعدى

ويعرف اضطراب الاعصاب الوعائية الناتج عن انقباض أوعيتها ببهاتة جلد الاطراف وقال (نوت ناجل) ان اضطراب أعصاب الأوعية يكون أولى وانه المحدث للذبحة ولذا سماه الذبحة الصدرية العصبية الوعائية وفسر ذلك بأن الاوعية الدائرة المنقبضة تطرد الدم الى الداخل فيترا كم بعضه فى الاورطا فيحدث اضطراب فى الطبقة العضلية للقلب

وفى زمن النوبة يرتاح كثير من المرضى باستنشاق الهواء المتجدد فيتوجهون الى منافذ أماكنهم ليستنشقوا كثيرا من الهواء ويقللون الالم بالوضع الجلوسى أو بوضع ما يجدونه على صدورهم أو بتصالب الذراعين على الصدر مع الضغط عليه وهم مستندون الى جسم ذى مقاومة ويطلب كثير من المرضى الهواء المطلق وقلة النور ويبول بلا ارادة زمن النوبة أو آخرها وهو المسمى بالبول البحرانى وقد تنتهى النوبة بتجشؤ أو تهوع أو قيء أو سعال وقد يوجد زمن النوبة ألم عصبى كالصداع وعرق النساء وقد يوجد فيها آفة الكبد والكلى ولذا ظن بعضهم أنهما سببان لهذا المرض واذا طالت النوبة يحصل للشخص خمود وتذهب قواه العقلية ويقف التنفس ويصير النبض غير محسوس وتكاد ضربات القلب ان لا تسمع فحينئذ يحصل موت ظاهرى يغش الحاضر أحيانا

(السير والمدة والانتهاء) - سير هذا المرض بطيء ونوبه الاولى خفيفة متباعدة عن بعضها قد تنتهى بالشفاء والنوب الاخيرة متقاربة لا يبرأ منها ومدته طويلة قد تبلغ عشرين سنة ولذا يحدث منه فى الجسم اضطراب وضعف يفضى الى الكاشكسيا التى يترتب عليها الموت كما يترتب على عجز القلب عن تأدية وظيفته أو عن تمزقه وان كان هذا نادرا وقد يحدث نزيف مخى وشاهد (ودكسون) ان مجاهدا سنه ٣٥ سنة مات وقت الجماع من ذبحة صدرية

(طبيعة هذا المرض ومجلسه) - مازال الناس مختلفين فى طبيعة هذا المرض الى وقتنا هذا من زمن (هيبردين) الذى كان أول شارح له سنة ١٧٧٢ ولذا وضعوه على اختلاف آرائهم فى العصب الرئوى المعدى وفيما بين الاضلاع وفى الحجاب الحاجزى وفى العظيم السنباتوى وفى أعصاب القلب الخ وهذا بسبب تسلطن بعض الاعراض دون الاخرى

ولا حاجة الى الاطالة فيه

(التشخيص) - يسهل تشخيص الذبحة الصدرية لوجود الالم القلبى والكتفى والعضدى ولا تشتبه هذه الذبحة بالالم العصبى البليوراوى فانه سطحى قاصر على الطبقة العضلية لا يتشعشع مثل الذبحة الصدرية ولا بالالم العصبى العنقى العضدى لانه قاصر على هذه الاجزاء به نقط مؤلمة ولا يحصل فى هذين الالمين ألم جهة القلب بغتة كما يحصل فى الذبحة الصدرية التى يصحبها آفات فى القلب وتميز عن الالم العصبى للحجاب الحاجزى بجلسه ووجود أعراض التهاب بليوراوى أصلى أحيانا

(الانذار) - اذا كانت الذبحة ناشئة عن تغير عضوى فى القلب تكون خطرة لعدم الوصول الى شفاء المرض الاصلى واذا كانت أصلية غير ناشئة عن مرض فى القلب ولا فى الاوعية بل مصاحبة للاستيريا أو مرض فى الرحم أو ضخامة فى الكبد يؤمل شفاؤها

(المعالجة) - تكون بزوال النوبة وبمنع رجوعها

(أما زوالها) فبوضع المريض فى مكان متسع متجدد الهواء قليل النور بعيد عن الروائح مع كون وضعه عاموديا وملابسه مفكوكة الأزرار والحزام ونحوها واعطائه قطعا من الجليد أو وضع مثانة مملوءة جليدا على صدره ثم استعمال المخدرات كالافيون أو المورفين بالحقن تحت الجلد بلا اكثار واستعمال البخورات الكلوروفورمية والاتيرية الكبريتية والخليه مع الاحتراس منها أيضا لانه قد يحصل عقب الاولين تشنج وأوصى (برتون) باستعمال نتريت الاميل بأن يوضع منه على اناء أو منديل يتنفس منه المريض فى النوبة الشديدة حتى يزول اصفرار وجهه وقوة الضربات مع الاحتراس من قرب لهب أو نار منه واستعمل الانتيبرين من (١) الى ٥ جرام أو يحقن تحت الجلد هذا المركب

ماء مقطر	٦ جرام
أنتيبرين	٢ «
كلورايدرات الكوكايين	٥ سنتى

يعطى منه فى كل (٣) أو (٤) ساعات من نقطة الى اثنتين فى مسيغ أو فى اقراص من الشكولاتا ورأى (دنجرنتر وجليسرين) أنه نافع فى الذبحة الصدرية وعند ضعف القلب

يلزم استعمال المحولات والمنبهات كالخردل بأشكاله وحمامات اليد والقدم واستعمل (نوت ناجل) الضرب بالصوت أو الزخمة والدلك بروح الكؤل وبالكؤل الكافورى الخ

(وأما منع رجوع النوبة) فباستعمال الوسائط الصحية بأن يلزم المريض الاقامة فى مكان طلق الهواء والغذاء الجيد القليل والرياضة اللطيفة والامتناع من الافراط فى المأكولات والمشروبات الروحية والتبغ وبمنع الاسباب المحدثة للنوبة كالاشغال العقلية والجسمية وازالة ضخامة الكبد بالمياه المعدنية المسهلة كماء كسنجن ومادى بادوفرنسوا بوسف ومعالجة أمراض الرحم والمبيض ويستعمل من الكهربائية قطب على القلب وآخر على الظهر أو يكهرب العصب الرئوى المعدى والسنباتوى بوضع القطب الزجاجى على قسم القلب والراتنجى على العنق وللهواء والاماكن المرتفعة أو على ساحل بحر دخل وبالجملة تعالج أمراض القلب على قدر الامكان رجاء تمام الشفاء وعلى الله حسن الختام

(تم الجزء الثانى ويليه الجزء الثالث أوله أمراض الجهاز البولى التناسلى)

فهرست الجزء الثالث فى أمراض الجهاز التنفسى من الخلاصة الطبية

صحيفة

٢ عموميات فى أمراض الجهاز التنفسى
٥ (الباب الاول فى أمراض الانف)
المبحث الاول فى الزكام
٦ « الثانى فى النزلة الانفية المزمنة
٩ « الثالث فى الرعاف
١٠ (الباب الثانى فى أمراض الحنجرة)
المبحث الاول فى النزلة الحنجرية
١٤ « الثانى فى التهاب الحنجرة المزمن
١٥ « الثالث فى الالتهاب المحيط بالغضاريف
١٨ المبحث الرابع فى أوزيما المزمار
١٩ « الخامس فى تدرن الحنجره
٢١ « السادس فى شلل عضلات الحنجرة
٢١ « السابع فى تشنج المزمار
٢٥ « الثامن فى اضطراب احساس الحنجرة
٢٦ (الباب الثالث فى أمراض القصبة والشعب)
المبحث الاول فى النزلة الحادة لهما
٣٥ « الثانى فى الالتهاب الشعبى المزمن
٣٩ المبحث الثالث فى الالتهاب الشعبى العفن

صحيفة

٤٢ « الرابع فى الالتهاب الشعبى الغشائى الكاذب
٤٤ المبحث الخامس فى السعال الديكى
٤٧ « السادس فى تمدد الشعب
٤٨ « السابع فى ضيق القصبة والشعب
٥٠ « الثامن فى داء الربو الشعبى
٥٥ (الباب الرابع فى أمراض الرئة)
المبحث الاول فى الالتهاب الرئوى النزلى
٥٧ « الثانى فى الالتهاب الرئوى الليفى
٦٤ « الثالث فى التدرن الرئوى
٧١ تشخيص السل الرئوى
٧٦ اكتشاف كوخ لعلاج السل الرئوى
٧٩ المبحث الرابع فى غنغرينا الرئة
٨٠ « الخامس فى انفيزيما الرئة
٨٢ « السادس فى انضغاط الرئة
٨٣ المبحث السابع فى اوزيما الرئة
٨٤ (الباب الخامس فى أمراض البليورا)
المبحث الاول فى الالتهاب البليوراوى
٩٠ « الثانى فى التجمعات البليوراوية

(تمت)

الجزء الثالث

من (الخلاصـــــــــة الطبية فى الامراض الباطنية)

لسعادة الدكتور النطاسى حسن باشا محمود مدير ادارة الصحة العمومية سابقا وناظر مدرسة الطب والاجزاجية والولادة الآن ومعلم فن الامراض الباطنة والاكلنك الباطنى بها اللهم اجعله نافعا مقبولا آمين

(حقوق الطبع محفوظة للمؤلف)

(الطبعة الاولى)

بالمطبعة الكبرى الاميرية ببولاق مصر المعزية

ســـــنة ١٣٠٨

هجرية

بسم الله الرحمن الرحيم

(الجزء الثالث)

في

(أمراض الجهاز التنفسى)

أمراض الجهاز التنفسى معروفة عند القدماء كأبقراط فانه تكلم على البصاق ذى اللون الشبيه بصدا الحديد الدال على الالتهاب الرئوى وعلى البصاق الصديدى المميز لما ينفتح فى الشعب من الامراض المكونة للصديد وكان يستدل على مائية السائل الموجود فى الصدر بسماع صوت منه يشبه الصوت الذى يسمع عند غليان الخل

وفى أوائل القرن التاسع عشر استدل على بعض أمراض الصدر بواسطة القرع والتسمع الذى اخترعه اقنبرجد كما ان عددا وافرا من الاطباء استعان به على معرفة السل الرئوى وقد اكتشف (جاليف) داء الربو والالتهاب الشعبى الغشائى

(عموميات)

يتركب هذا الجهاز من الانف والحفر الانفية والحنجرة والقصبة والشعب والحويصلات الرئوية وغشاء البليورا وعضلات التنفس

أما الانف والحفر الانفية فتصير الهواء رطبا قليل الحرارة والخلايا ذات الاهداب الاهتزازية للغشاء المخاطى من الحفر الانفية تعوق دخول الاتربة والجيوب تزيد حاسة

الشم قوة وتساعد على قوة الصوت ولذا لو اصيبت الحفر الانفية بامراض لحدث تغير فى التنفس أو الشم أو الصوت أو الثلاثة معا

وأما الحنجرة فهى عضو مجوف مخروطى الشكل مكون من غضاريف ليفية مرتبطة مع قاعدة اللسان بالاربطة اللسانية المزمارية التى هى محلس لأوزيما المزمار وباطنها مغطى بغشاء مخاطى فيه أربع ثنيات كل أثنتين متوازيتان تسمى بالاحبال الصوتية اثنتان علويتان واثنتان سفليتان فالعلويتان تريان بمنظار الحنجرة وهما قليلتا الاهمية بالنسبة للصوت وأما السفليتان فلهما الاهمية الكبرى فى تكوينه

والعضلات اللاتى فى الحنجرة منها ما هو للتنفس وهو الحلقية الطرجهالية الخلفية لانها توسع المزمار وأما الحلقية الطرجهالية الجانبية فانها تضيقه ومنها ما هو للصوت وهو الدرقية الطرجهالية

ثم ان أعصاب الحنجرة تأتى جميعها من العصب الرئوى المعدى والشوكى فالحنجرية العليا تتوزع فى الغشاء المخاطى لحساسيته وفى الحلقية الدرقية لحركتها وأما السفلى أو الراجعة فتتوزع فى باقى عضلات الحنجرة

قال (جون هايم) ان اصابة الغشاء المخاطى الحنجرى تحدث احتقان الغدد الليمفاوية بين القصبة والبلعوم والحنجرة فينشأ عنها عوارض خطرة

وأما القصبة والشعب فهما مكونتان من حلقات غضروفية ليفية مفتوحة دائما ووظيفتهما توصيل الهواء للحويصلات الرئوية فتأخذ الشعب فى التضيق حتى يصل قطرها الى مليمترين ولهذا اسماها (رايس سيسن) بالعضلات فتنقبض فى الربو وتحدث ضيقا فى التنفس وأما الغشاء المخاطى المغشى لهما فهو ذو أهداب اهتزازية

ويجاور القصبة والشعب عند انقسامهما غدد لينفاوية عرضة للاحتقان به تضغط عليهما فيعاق التنفس وقد تضغط على الفروع العصبية المصاحبة للشعب فيحدث سعال عصبى ذو نوب

وأما الحويصلات الرئوية فاننا اذا تأملنا فى سطحها وجدنا فيه خطوطا حمرا معتمة شاغلة لمسافات مربعة تقريبا هى قاعدة فصوص هرمية الشكل تقريبا تتصل قمتها بانتهاء فروع

الشعب وفى الزمن القديم كانوا يظنون ان هذا العضو مركب من منسوج شامل لمخلوط من الدم والهواء ثم أتى زمن ثان وهو سنة ١٨٠٤ قال فيه كل من (ماليجى وسمرنج ورستبول وماجندى) ان كل فرع من الشعب الدقيقة ينتهى الى فص رئوى وقال آخرون ان كل فرع منها ينتهى الى انتفاخ مخصوص ليس له تعلق بالانتفاخات المجاورة والابحاث الحديثة فى سنة ١٨٤٦ قد أظهرت لرستبول ان الفريع الشعبى ينتهى لخلية ذات طبقات وهذا غلط فان (كولليكر) صحح بعد ان مضى عشر سنين ان الخلية مكونة من طبقة واحدة

وكل خلية لها شبكة دموية مكونة من أوعية لينفاوية ومن فريعات شريانية آتية من الفرع الشعبى والرئوى فالاوعية اللينفاوية تنتهى من جهة للعقد اللينفاوية الشعبية والمريئية ومن جهة تتصل باوعية البليورا وأما الفريعات الشريانية فالتى تأتى من الشرايين الشعبية تنتهى الى الاوردة الشعبية وتغذى العضو والتى تأتى من الشرايين الرئوية تنتهى الى الأوعية الوريدية الرئوية وتكون جهازا مخصوصا للتنفس ودم الفروع الانتهائية للشرايين الرئوية يرجع للقلب وعند انتهائه لفروع دقيقة يكون فرع تغذية ووظيفة فى آن واحد

فالهواء الذى يدخل فى جهاز التنفس البالغ مقداره فى مسافة ٢٤ ساعة عشرين ألف لتر يلامس الدم من خلال جدر الحويصلات الرئوية التى يكون مسطحها ١٥٠ مترا مربعا وبذلك يحصل التبادل الغازى الذى يصير الدم الوريدى الآتى بالشرايين الرئوية دما شريانيا بفعل كيماوى ينتج عنه حرارة الجسم وبهذا يكون للرئتين وظيفة عظيمة فى استدامة الحياة ومتى تعطلت بأى مرض تأخرت صحة الشخص

ويضاف الى هذا الجهاز مجموع عضلى وأعصاب وعظام كل ذلك يتمم حركتى التنفس اللتين هما كالشهيق وزفير والاولى قدر الثانية أربع مرات والتنفس الجلدى يساعد التنفس الرئوى لانه اذا فقد نقص التنفس وحينئذ يجوز أن يحصل اسفكسيا

ويستدل على الحالة الطبيعية للتنفس بالحالة الظاهرة للصدر وتعرف بقياسه وجسه باليد

مبسوطة عليه وبالقرع والتسمع فمتى حصل تغير فى الظواهر الفسيولوجية للتنفس علم أن هناك حالة مرضية

(الباب الاول)

(فى امراض الانف وفيه مباحث)

(المبحث الاول فى الزكام)

الزكام أى النزلة الانفية هو التهاب حاد يصيب الغشاء المخاطى المبطن للحفر الانفية وبعض المؤلفين جعله من ضمن الامراض العفنة وانه معد بواسطة استعمال مناديل المصابين والنوم على وسائدهم ولم يثبت ذلك بالتجربة

(الاسباب) - منها تأثير البرد على الجسم وخصوصا على الاقدام كما تحققت ذلك فى نفسى وشاهدته فى غيرى ومنها أيضا استنشاق الابخرة المهيجة والاتربة واستعمال يودور البوتاسيوم من الباطن بمقدار زائد وعند بعض الاشخاص استعداد لهذا المرض متى شم رائحة عرق الذهب

والزكام قد يكون هو العرض الاصلى للمرض الموجود كثيرا فى بلاد الانجليز المسمى حمى الدريس ويغلب على الظن انه يحدث من تأثير المنى النباتى له على الغشاء المخاطى ومن أسبابه أيضا الامراض العمومية كالحصبة والزهرى والسقاوى وقد يحصل أيضا بامتداد الالتهاب الناشئ من رمد بلينوراجى وفى هذه الحالة يكون شديدا وقيحيا

(الاعراض) - اما موضعية واما عمومية فأما الموضعية وتكون فى العادة خفيفة فهى عطاس وسيلان مواد مائية من الانف تزداد وتصير أحيانا مخاطية وأحيانا قيحية وينتفخ الغشاء المخاطى للحفر الانفية فيضيق تجويفها وربما ينسد وحينئذ يصير التنفس من الفم ويتغير صوت المريض بصوت يقال له الخنين وانسداد الحفر الانفية يحدث عند الاطفال الرضع تعذر التنفس لشغل الفم بالثدى والمزكومون يحسون بدغدغة ناتجة عن تنبيه فريعات عصب الزوج الخامس ومتى امتد الالتهاب فى الجيوب الفكية والمصفوية والجبهية حدثت آلام عصبية أهمها الجبهية وقد يمتد من الخلف الى البلعوم

وبوق استاكيوس والاذن والحنجرة ومن الامام الى فتحة الانف والشفة العليا والملتحمة فيحدث التهابا او اجزيمى الشفة أو حمرة مايجاورها

وأما العمومية فهى وجود حركة حمية خصوصا عند الاطفال

(المعالجة) — يلزم فى أغلب الاحيان وقاية المريض من البرد والاتربة مع استنشاق بخار ممزوج هاجر وهو

كؤل ١٥ جرام
حمض فينيك } ٥ « } يوضع من هذا عدة نقط فى اناء للاستنشاق منه كل ساعتين مرة
نوشادر كاوى

(مركب ثان)

كافور مسحوق } من كل واحد عشرة أجزاء ويستنشق منه كل ساعتين مرة فى أوائل المرض
سكر أبيض . . . }

(مركب ثالث)

مسحوق الصمغ الابيض } من كل واحد منهما ٤ جرامات ويستنشق بها على مرار
تحت نترات البزموت . . . }
كلورايدرات المرفين ٥ سنتى

وعند انسداد الحفر الانفية يستعمل بخار الماء تهاليلا والغسل بغلى ملين ولاجل منع السيلان الغزير يستعمل نشوق مكون من جزء واحد من الشب وعشرة من السكر كل أربع ساعات مرة وفى بعض الاحيان يلزم ان تحمى الاجزاء المجاورة بالفازلين أو مرهم ملين وتستعمل الملينات من الباطن والحمام القدمى بحسب الاحوال

ويستعمل بنجاح أيضا الزئبق الحلو سعوطا وكذا الحقن بمحلول ملح الطعام

(المبحث الثانى فى النزلة الانفية المزمنـــــة)

المعروفة بالالتهاب المزمن للغشاء المخاطى الانفى (أوزين)

(الاسباب) — يندر استحالة النزلة الانفية الحادة الى نزلة أنفية مزمنة بل ان هذه الاخيرة

وغيرها

وغيرها من الامراض الانفية المزمنة تظهر وتسير ابطئا مزمنا وتمكث عدة سنين ويتنشر منها رائحة نتنة آتية من تعفن افرازات الانف وحينئذ تسمى (أوزين) أو (البقية) لان رائحتها تشبه رائحة البق عند إماتته

ويدخل تحت هذا الداء عدة امراض تختلف بالنسبة للسبب والتشريح المرضى وفى بعضها قد لا يتوصل الى معرفة السبب المحسوس مع تسميتها أيضا (بالاوزين المعروفة) وبالتهاب الغشاء المخاطى الانفى الضمورى أو الضخامى على حسب الصفة التشريحية وفى بعض الاحوال تكون الاوزين ذات طبيعة خنازيرية وهى معروفة من قديم الزمان وتشاهد كثيرا عند الاطفال وقد أظهر (دوم) فى سائلها الباسيل الدرنى

(الاعراض) — العرض الرئيس لاغلب امراض الانف المزمنة هو الرائحة الكريهة التى تتصاعد منها ولذا سميت النتنة لانه لا يطيق شمها من يقرب من المصاب وهو لا يدركها وتلك الرائحة تحدث من تعفن افرازات الانف (باكتيريا) وهذه الافرازات تتجمد وتصير قشورا متينة تكتسب شكل الانف

وقد يظهر على الجدار الخلفى للبلعوم شئ من هذه الافرازات آت من الانف فضلا عن ان التهاب الغشاء المخاطى الانفى يكون أحيانا مصحوبا بالتهاب مزمن للبلعوم ثم ان الاعراض الموضعية للاوزين ليست خطرة على العموم بل اذا كانت التغيرات الموضعية كثيرة والافرازات غزيرة متجمدة والحفر الانفية منسدة تعسر التنفس من الانف فيضطر المريض للتنفس من الفم ومتى اشتركت اصابة الجيوب الجبهية والمصفوية مع الاوزين احس المريض بآلام فى الرأس ودوار واخيرا يشاهد انفصال قطع عظمية صغيرة ويتغير شكل الانف فيكتسب شكلا يعرف بالانف الفاطس

(التشخيص) — معرفة الاوزين سهلة برائحتها النتنه وبالقشور المغطية للغشاء المخاطى الانفى الممكن رؤيتها بالنظر وكذلك ترى قشور على الجدار الخلفى للبلعوم والبحث بالمنظار الانفى يدلنا على نوع الاصابة الانفية وعلى ضمور القرون والقروح وغير ذلك وقد تشاهد ضخامة الغشاء المخاطى أيضا

التشريح المرضى – قد ذكرنا فيما سبق الالتهاب الضخامى والضمورى للأنف ففى الاول يحتقن و يرتشح الغشاء المخاطى فيصير غليظا منتفخا وفى الثانى وهو الاكثر حصولا يرق الغشاء المخاطى ويضمر منسوجه وغدده والقرينات وحينئذ يتسع التجويف الانفى وكثيرا ما يحصل من الاوزين القديمة تقرح الغشاء المخاطى الانفى وتنكرز عظامه وفى هذه الحالة يكون هذا المرض زهريا أو درنيا

(المعالجة) – يلزم ان تكون المعالجة بغاية الدقة والاعتناء الزائد وان يكون الطبيب متمرنا على أمراض الانف صبورا وان يكون المريض أيضا ذا صبر على طول مدة المعالجة فانها تستغرق مدة طويلة

وتنحصر المعالجة فى تبعيد مواد الافراز وازالة الرائحة النتنة فتستعمل الدوش الانفية بالمحاليل الآتية

(١) محلول فوق منجنات البوتاسا ٢ جرام
ماء مقطر ٣٠٠ «

(٢) محلول حمض الكربوليك ١ جرام
ماء مقطر ٣٠٠ «

(٣) محلول حمض السليسليك ٣٠ر جرام
كلورور الصوديوم ٣٠ر «
ماء مقطر ٣٠٠ «

(٤) محلول حمض التنيك ١ جرام
ماء مقطر ٣٠٠ «

وقد تمس القروح بالحجر الجهنمى أو بمحلوله

وفى الاحوال التى يكون فيها الالتهاب المزمن زهريا أو درنيا يلزم ان يستعمل الحقن بالمحاليل

الآتية

الآتيـة والاحسن ان يكون على شكل دوش يدخل السائل فى احدى فتحتى الانف فيخرج من الاخرى

(١) محلول يودى . . . . } من جرام الى ثلاثة
يودور بوتاسيوم . }
ماء مقطر ٣٠٠ر جرام

(٢) محلول السليمانى الاكال ١٥ر٠ سنتيجرام
ماء مقطر ٢٠٠ر جرام

ثم يغسل الانف بهذه المحاليل ثلاث مرات فى اليوم وقد استعملت ماء حلوان وماء الحناء كذلك فنجح أما المعالجة الباطنية فبحسب حالة المريض التى يراها الطبيب

(المبحث الثالث)

(فى الرعاف أى النزيف الانفى)

الرعاف هو سيلان الدم من فتحات الحفر الانفية وانما ذكرناه هنا مع كونه فى العادة عرضا لمرض لان تكراره ينبه الطبيب على وجود مرض من قبل يلزمه معرفته خصوصا فى الطب العملى

(الاسباب) – يحصل الرعاف للمستعد له عقب مجهود خفيف كجهود استنثار المخاط وقد يكون وراثيا أو ناتجا عن مرض قديم أو عن جروح وهو الاكثر حصولا خصوصا فى اللوسيمى وفى تغيرات القلب وسيروز الكلى وقد يكون مصاحبا الامراض أخرى نزيفية كالاسكربوط والتيفوس والقرمزية واحتقان الكبد وامراض الانف و بعض امراض الطمث وانقطاع سيلان باسورى واحتقان مخى وقد يكون الرعاف بحرانا الآلام الرأس وغيره والانزفة تكون خطرة اذا كانت كميتها غزيرة ومتكررة أو كانت عند اشخاص أنيماويين

(الاعراض) – سيلان الدم من الانف عادة يكون من احدى فتحتيه المقدمتين أو من الاثنتين معا على هيئة نقط أو خيط رفيع متقطع وقد يسيل من الفتحة الخلفية للحفر

الانفية فى البلعوم وأحيانا يصل الى المعدة وكمية الدم اذا كثرت لاتزيد عن ٣٠٠ جرام أحيانا وهو اما متقطع بلا انتظام أو دورى

(المعالجة) - الرعاف الخفيف لايحتاج فى أغلب الاحوال الى علاج وأما الرعاف المتزايد فيلزم تداركه بأن يؤمر المريض بالراحة ورفع الرأس وعدم الاستنثار و بوضع المكمدات الباردة والغسلات الثلجية الانفية بالماء القراح أو المضاف اليه الخل ويستعمل لقطع نزيف الحفر الانفية السد البسيط المقدم أو السد الخلفى والمقدم معا بواسطة مجس (بللوك) أو مجس مرن ومواد السد قطنا أو نسالة اما ان تكون مغمورة فى أول محلول كلورور الحديد أو غير مغمورة وبعضهم استعمل السعوط القابض وأما الكى بحجر جهنم فينفع متى علم منبع الدم وأما المعالجة الباطنية فلا تستعمل الا بما يناسب حال المريض فتعالج البنية بحسب مايرى الطبيب استعدادها سواء كان ذلك متعلقا بمرض عضوى أو بفقر فى الدم أو بسوء قنية وقد يستعمل الجويدار على شكل حبوب فى كل ساعة حبة زنتها ٠.٥٠

(الباب الثانى)

(فى امراض الحنجرة وفيه مباحث)

(المبحث الاول فى النزلة الحنجرية أو الالتهاب الحنجرى الحاد)

هو مرض التهابى يصيب الغشاء المخاطى المبطن للحنجرة

(الاسباب) - هى اما استنشاق الهواء البارد أو الرطب فان له تأثيرا عظيما فى طرو المرض على الذين عندهم استعداد له واما تهيج الغشاء المخاطى بواسطة الأتربة والابخرة المهيجة والغاز والدخان والصراخ الشديد ورفع الصوت بالغناء وقد يحدث بسبب بعض الامراض كالحصبة والقرمزية والتيفوس والحمرة وغيرها كأمراض الاغشية المخاطية المجاورة للحنجرة والنزلة الوافدة وجميع الاشخاص على اختلاف سنهم عرضة لهذا المرض

(الاعراض) - هى اما موضعية واما عمومية فالموضعية تنحصر فى علامات الالتهاب الحنجرى الذى يعم جميع سطح الغشاء تارة و يقصر على بعض اجزائه أخرى وتلك العلامات هى

أولا - تغيرات الغشاء المخاطى كانتفاخ واحمرار جزئه المبطن للحنجرة وخصوصا للاحبال الصوتية العليا وللمسافة التى بين الطرجهاليين وقد يشاهد فى بعض اجزائه نضح التهابى كما يشاهد أحيانا بقع باهتة فى بعض آخر لداعى اضطراب حصل فى بشرة الغشاء ومن التغيرات أيضا عدم كفاية غلق المزمار بالاحبال الصوتية العليا الداعى اصابة العضلتين الدرقيتين الطرجهاليتين وكل هذه التغيرات تشاهد بواسطة المنظار الحنجرى الذى يلزم استعماله لرؤية جميع الالتهابات الحنجرية

ثانيا - تغير الصوت الناشئ عن تغير الاحبال الصوتية وعن شلل غير تام فى العضلتين الدرقيتين الطرجهاليتين وبالنظر لشدة هذا التغير يصير الصوت أبح بحة خفيفة وربما يصل الى درجة الانطفاء

ثالثا - السعال وقد يكون شديدا وهو المعروف بالسعال الحنجرى لرنانيته والغالب ان يكون جافا فى الابتداء ثم يصحبه بصاق مخاطى قيحى ملوث بدم غالبا

رابعا - الألم وهو يكون فى الغالب خفيفا مصحوبا بنأكل أو دغدغة فى الحنجرة ان لم تطل مدة التكلم والازدراد وأشبه ألم الحرق مع حصول جفاف يمتد الى الحلق و يشتد هذا الألم بالضغط على الحنجرة وقد يصحب هذه الحالة عسر فى الازدراد ناشئ من امتداد الالتهاب للبلعوم أو للغضروفين الطرجهاليين

خامسا - وجود لغط حنجرى عند مرور الهواء فى الحنجرة يدرك عادة بالمسماع الحنجرى أو بدونه اذا كان قويا

وأما العمومية فنادرة لأن الالتهاب الحنجرى لايكون مصحوبا عادة بامراض عمومية اذ الكثير من المرضى لايحس بشئ غير بحة الصوت فيندر وجود حركة حمية عند قليل منهم

أما عسر التنفس فليس من الاعراض لانه لايوجد عند الكهول فى الالتهاب الحنجرى بل ولا فى الحالة التى تكون فيها الاحبال الصوتية العليا أو الثنيات الطرجهالية المزمارية منتفخة

ومن هذا المرض نوع خطر ليس خاصا بالاطفال بل يكون عند الكهول أيضا ويسمى

بالالتهاب الحنجرى الحاد تحت المزمار أو الالتهاب تحت الاحبال الصوتية ومنه يحصل ارتشاح فى المنسوج الخلوى فيحدث الاختناق

وأما عند الاطفال فيسمى بالالتهاب الحنجرى الكروباوى (الغشاء الكاذب) واعتيد مشاهدته عندهم لكونهم يصابون عقب زكام بسعال باح مدة الليل مع شهيق مستطيل نوعا ومن شدته يستيقظون من نومهم ويأتى لهم على نوب متقطعة تتكرر فى ليلتين أو ثلاث ثم يتناقص شيأ فشيأ حتى يزول فى أسبوع أو أسبوعين وسبب حصول هذه النوب زيادة ورم الغشاء المخاطى أو تراكم مواد الافراز أو حصول تشنج فى المزمار بفعل منعكس اذ بالبحث على البلعوم والحنجرة لم يوجد فيهما أثر غشاء كاذب دفتيرى

وهذه الحالة المرضية ربما تحصل لعدد من الاطفال فى عائلة واحدة ومن الجائز أن تشتبه بحالة دفتيرية

ثم ان الالتهاب الحاد للحنجرة لا يمكث الا بعض أيام فى الحالة الخفيفة وبعض أسابيع فى غيرها وقد يصير مزمنا عند عدم احتراس الشخص المصاب وانتهاؤه بالموت نادر جدا حتى فى النوع الخطر عند الكهول والاطفال

(المعالجة) - يلزم المريض تجنب كافة المؤثرات التى يزيد بها هذا المرض وذلك بوضع الاطفال فى مهادها وغيرهم فى أماكن غير معرضة لتيار الهواء ويؤمرون بقلة التكلم ويمنعون من التدخين خصوصا فى النوع الخطر وتستعمل المنقوعات الساخنة شربا وكذلك اللبن الممزوج بمياه (سلس) أو مياه (أمس) وتستعمل التهابيل المائية البخارية مفردة أو ممزوجة بقليل من صبغة الافيون أو المملحة بملح الطعام $\frac{١}{٣٠}$ لسهولة الافراز واذا اشتد الألم خصوصا عند الازدراد يؤمر المريض بازدراد قطع ثلجية وقد يحتاج لوضعها من الظاهر أيضا اذا كانت علامات الضغط شديدة ظاهرة فى النوع الخطر حتى عند الاطفال وارسال العلق على الحنجرة يحدث أحيانا خفة الاعراض وكذلك وضع الخردل وعلى كل حال فوضع المكمدات بالماء فقط أو وعليها ورق الجوتابركا (الصمغ المرن) حول العنق نافع (برستيتس)

والاحسن عدم استعمال المقيئات فى ابتداء المرض وان مدحت بعض الكتب استعمالها

وقد وصوا باتخاذ ما يمنع حصول هذا المرض عند من هم عرضة له وذلك بادامة استعمال الغسلات الباردة على العنق أو على الصدر صباحا ومساء هذا ما يستعمل من الظاهر وأما ما يستعمل من الباطن فى النوع الخفيف فهو اما

مغلى الخطمية ١٥٠, جراما
صبغة الافيون ١٠, «
شراب الخطمية ٢٠, «
يؤخذ من هذا ملعقة معتادة فى كل ساعتين

واما

مستحلب اللوز ١٥٠ جراما
كلورايدرات المورفين ٠,٠١٠ سنتى
شراب اللوز ٢٠, جراما
ومن هذا فى كل ساعتين ملعقة معتادة للكهول

واذا كان الالتهاب زائدا والسعال شديدا يستعمل اما

مسحوق دوفر ١ جرام
كربونات الصود ٢ «
بعد مزج هذين يقسمان الى ست ورقات ويستعمل فى اليوم من ٣ : ٤

واما

بى كربونات الصودا ٢, جرام
خلاصة البنج ٠,٢ ديسى

واما

ماء الغار الكرزى ١٥ جراما
كلورايدرات المورفين ١٥ سنتى
ويعطى للمريض منه كل يوم خمس مرات فى كل مرة عشر نقط

وأما ما يستعمل فى النوع الثقيل فهو ان يؤخذ من مسحوق عرق الذهب جرام ويمزج فى عشرين جراما من شرابه ثم يعطى للمريض فى كل ربع ساعة ثلث هذه الكمية حتى يحصل القيء وقد يستعمل الحقن تحت الجلد بابومورفين بأن يؤخذ من

كلورايدرات الابومورفين ٠,٠١
ماء مقطر ١٠,

ثم يحقن بذلك بحقنة براقاس

(المبحث الثانى)

(فى التهاب الحنجرة المزمن)

(أى النزلة المزمنــة للحنجرة)

(الاسباب) - هذه النزلة المزمنة تعقب الحادة أحيانا وتحصل من أسباب ضعيفة وتصيب كالحادة المغنين وكثيرى الصياح وشرابى الخمور ومن يماثلهم وقيل ان طول الغلصمة له دخل فى هذا المرض بسبب احتكاكها كما فى المزمار ومتى قطعت زال وقد يمكث الشخص المصاب بذلك زمنا طويلا وهو لا يشعر

(الاعراض) - التغيرات المرضية التى نراها هنا بواسطة المنظار الحنجرى هى مثل ما نراه فى النزلة الحادة غير ان احمرار الغشاء المخاطى هنا لا يكون قانئا (زاهيا) بل يكون أزرق ويحاذى الاحبال الصوتية ويحصل فى الغالب انتفاخ فى الغشاء المخاطى خصوصا بين الطرجهاليين وذلك له أهمية فى الطب العملى لانه يحدث بحة الصوت المستمرة وقد شوهدت سماكة أيضا فى لسان المزمار عند الخطباء والمحدثين وربما تحدث تسلخات فى محاذاة الاحبال الصوتية وهى عرضة للاصابة بشلل غير تام وكما لزم المنظار الحنجرى فى رؤية التغيرات المرضية التى توجد فى الالتهاب الحاد لزم هنا أيضا بالاولى لان الداء الزهرى والدرنى يشتبهان بهذا المرض أحيانا

وأما بقية الاعراض فهى البحة والسعال والألم والبصاق المخاطى ذو الدم والدغدغة فى الحنجرة الى غير ذلك مما ذكرناه فى النزلة الحادة

وهنالك نوع آخر من هذه النزلة المزمنة يجب علينا معرفته وان كان نادرا لاهميته فى الطب العملى ويعرف بالتهاب الحبل الصوتى السفلى الضخامى (جيرهاود) أو بالالتهاب الحنجرى تحت المزمار الضخامى المزمن (تسيمسن) وينحصر فى ضخامة ذات سير بطىء تنتهى باسكليروز فى الغشاء المخاطى والمنسوج الذى تحته من المسافة الحنجرية السفلى ويندر وجود هذه التغيرات فى الجزء العلوى من الحنجرة

وعلاماته خلا البحة المزمنة ضيق حنجرى بطىء يحدث عسر التنفس ويزداد شيأ فشيأ فتصير حركات الشهيق صفيرية مصحوبة بمجهود وقد يعجبها اختناق حقيقى يوجب عملية القطع

الحنجرى

الحنجرى ولا يمكن معرفة هذا النوع الا بواسطة المنظار الحنجرى لانه يرينا الضيق الحاصل من ضخامة الغشاء المخاطى والظاهر ان سببه غير معروف ولا له تعلق بالزهرى خلافا لمن ظن ذلك

(المعالجة) - يلزم المريض اتباع نصائح الطبيب فيجب على من كان عرضة لهذا الداء أن يتجنب الصراخ والغناء والدخان والمشروبات الروحية وبعد ذلك تحسن المعالجة الموضعية فيستعمل الثلج واذا كانت النزلة مؤلمة عولجت بالثلج أيضا مع شرب محلول مسكن

ماء غار كرزى ٤٠ جراما
ماء عذب ١٠٠ «

أو

برومور البوتاسيوم ٣ جرام
ماء ١٠٠ «

ويستعمل من صبغة الزراريح لغاية ٢٠ نقطة وكذلك الحقن تحت الجلد بزراريحات البوتاسا بان يؤخذ منها ٠٫٠٠١ ملى ويمزج فى زيت الزيتون أو اللوز العقيم وتستعمل أيضا المحاليل القلوية كمحلول النطرون والصودا ٢ فى ٢٠٠ ومن كلورايدرات النوشادر ١ وكلورور الصوديوم ٢ فى ١٠٠ من الماء ويستعمل المس بمحلول قابض كمحلول التنين أو الشب واحد على مائة وكنترات الفضة من ١ على ٣ الى ٥ من الماء المقطر مرتين فى اليوم والدهن بصبغة اليود من الظاهر

واستعمال المياه المعدنية كبخار نافع كالمياه الكبريتية (بيندروف) وأما الكبريتية الصودية فمنها ما ينفع دموى المزاج وهو مياه (مارين باد) و (كرلسباد) ومنها ما ينفع ضعيف المزاج وهو مياه (أمس) و (ايشيل) وقد استعملوا طريقة ميخانيكية لتوسيع المزمار عند المصابين بالنزلة الضخامية كاستعمال التوسيع بالشمع (شروتر)

(المبحث الثالث)

(فى الالتهاب المحيط بالغضاريف الحنجرية)

(الاسباب) - يندر أن يكون سبب هذا الالتهاب ذاتيا وانما يحصل عادة عقب تأثير سبب

بادءلى غضاريف الحنجرة أحدث كسرها أورضها أوعقب الغناء أو الصراخ الشديدين ومن الاسباب القروح الزهرية والدرنية والمتسببة عن التيفوس والجدرى والهيضة والامتصاص الصديدى وعن أمراض أخرى عفنة ويظهر أن تعظم الغضاريف عند الشيوخ يكون سببا متمما لهذا الالتهاب وقد يكون جس الحنجرة بعجس سببا أحيانا (تسمس)

(التشريح المرضى) - من الجائز أن يصيب الالتهاب المحيط كل غضروف من غضاريف الحنجرة امامن الباطن وامامن الظاهر ولكن تكثر اصابة الغضروفين الطرجهاليين فالغضروف الحلقى فالدرقى فلسان المزمار ولاتندر اصابة غضروفين فى آن واحد اذ كثيرا ماشوهدت اصابة الغضروف الطرجهالى والحلقى معا

ويعقب الالتهاب تقيح يتجمع بين الغضروف وسمحاقه فينفصل السمحاق بفعل هذا التقيح ويصير الغضروف مغمورا فى القيح الذى يزداد أحيانا حتى يكتسب حجم الليمونة وفى نقط أخرى يكون القيح خراريج مثل البيض الصغير مكونة من غشاء طارئ سطحه الباطن مغطى بطبقة حبيبية قيحية ومتى فتح الخراج صار القيح مائعا نتنا

ويتسبب عن هذا الخراج الحنجرى ضيق المزمار وحينئذ يحصل الخطر ويزداد بالاوزيما المصاحبة له عادة التى تتكون تحت الغشاء المخاطى اذ ينتج عنها نوع اختناق وهذه التغيرات تحدث اضطرابات خطرة فى الغضروف المجاور له وفى سمحاقه لان السمحاق هو المنسوج الرئيس فى تغذية الغضروف فمتى انفصل السمحاق تنكرز الغضروف وأجزاؤه الميتة تنفصل وتخرج مع البصاق عند انفتاح الخراج اماسوداء اسفنجية جيرية أوليفية أودهنية أوهلامية مختلفة الحجم ومن شكلها يعرف احيانا محل مجيئها

ويعقب انفصال الغضاريف اماوجود أثرة التحام منتظمة أولا واماوجود سطح صلب جيرى يحدث تغيروظائف العضو وخفض الحنجرة وضيق المزمار أوانسداده المؤدى للموت بالاسفكسيا واماوجود قروح تتكون فى قاع بعضها فتحة موصلة لقناة ناسورية متصلة بالغضروف والتهاب الغضروف الطرجهالى أوالحلقى يشغل عادة الجزء الخلفى منهما لاسيما عند حصول الحمى التيفودية التى تحدث من الاستلقاء المستطيل

والخراج قد ينفتح فى الحنجرة أوالبلعوم فيحدث ناسورا حنجريا أوبلعوميا وقد ينفتح فى الجلد الى الخارج أوفى داخل الحنجرة والجلد معا فيحدث أيضا ناسورا حنجريا اذا فتحتين يعلم وجوده فى الباطن حقيقة بالمنظار الحنجرى ويعلم وصول الفتحة الظاهرة للباطنة بحقن لبن أوسائل ملون وخروجه من الحنجرة

(الاعراض) - تكون واضحة ذات سير حاد اذا كان الالتهاب المحيط بالغضروف أصليا ومختلفة ذات سير بطىء اذا كان تابعا وتلك الاعراض هى ألم فى الحنجرة يحصل تارة بغتة ويكون محرقا لذاعا وتارة عقب ضغط على الحنجرة أوعقب ازدراد وعلى حسب مجلسه يمكن الحكم على النقطة المصابة فاذا كان مجلس الاصابة الغضروف الطرجهالى والحلقى أحس المريض بالالم وقت الازدراد الذى ربما تعذر بوجود عائق فى البلعوم ناشئ من وجود الخراج وحينئذ يلتجأ لاستعمال مجس مرئى لاجل تغذية المريض

وقد يشاهد أحيانا ورم ذواحرار وأوزيما رخوة فى جزء من العنق وذلك علامة على الالتهاب المحيط بالغضروف الدرقى أوعلى تجمع قيح آت من التهاب غضروف آخر وقد شوهد كثيرا احتقان العقد اللنفاوية العنقية

وفى كل الاحوال توجد بحة فى الصوت ناشئة من المرض الاصلى أومن اصابة الاحبال الصوتية أومن اصابة أعصاب الاحبال أومن اصابة العضل الداخل فى الحبل الصوتى أو من اجتماع جملة من تلك الاصابات

ومن الاعراض أيضا اضطراب التنفس وضيق النفس خصوصا فى حركات الشهيق ويكون أحيانا سريعا اذا تكونت أوزيما المزمار أواذا حصل شلل فى العضلات الممددة له كالعضلتين الحلقيتين الطرجهاليتين الخلفيتين والبحث بالمنظار الحنجرى ذو أهمية فى مشاهدة الخراج وبالجس يحس بورم رخو ذى تموج

(التشخيص) - يكون سهلا حيث علمت سوابق المرض وتعاقبت ادواره وعلمت التغيرات المرضية والاعراض والبحث بالمنظار الحنجرى يسهل معرفتها ويحقق التشخيص كما تقدم

(الانذار) - انذار هذا المرض خطر والموت يحصل بالاسفكسيا الحاصلة من فتح الخراج أومن أوزيما المزمار أومن انسداد مسالك الهواء بالقيح وبالغضاريف المنفصلة وقد

يتسبب عن امتصاص القيح خصوصا المتعفن خطر أيضا والتهاب رئوى تقيحى غنغرينى والانتهاء لا يكون حميدا اذا تكون ناسور واتصل من الحنجرة الى الظاهر ويكون حميدا اذا تكونت أثرة التحام وتم الشفاء

(المعالجة) — فى دور الالتهاب تستعمل مضاداته على الجزء المريض كالمكمدات الباردة أو الثلجية وتعطى قطع الجليد والماء الجليدى والثمار الجليدية ويرسل العلق عدة أيام بحسب الاحوال ويستعمل الدهن بصبغة اليود أو بزيت حب الملوك مع روح الترمنتينا أجزاء متساوية والمصابون بالزهرى يؤمرون بأخذ أربع ملاعق فى اليوم من المحلول الآتى وهو ١٠ جرام من يودور البوتاسيوم فى ٢٠٠ من الماء المقطر مع دلك الجسم يوميا بخمس جرامات فى اليوم من المرهم الزئبقى أو تعطى التحاضير الزئبقية من الباطن وتعالج الآلام وعسر الازدراد بكلورايدرات الكوكايين أى بمقدار منه يختلف من ٠،١ الى ٢ ديسى مضافا الى ١٠ جرام من الجليسرين بان يوضع من ذلك على غشاء الحنجرة مع الحقن تحت الجلد بالمورفين من ١ سنتى الى ١٠ سنتى أو بمس الغشاء المخاطى بمحلول المورفين

وأما الخراج فيفتح بمشرط منحن مغطى نصله ويستدل على فتحه بالمنظار الحنجرى ثم يستعمل الرذيذ بمحاليل مضادات العفونة كجرامين من حمض البوريك وجرامين من جاوات الصودا وجرامين من خلات الالومين

وأما الخراجات التى تحت الجلد فيلزم سرعة فتحها ثم اذا كانت الاسفكسيا قريبة الحصول ولم يكف فتح الخراج لزم فعل عملية القطع الحنجرى وتبقى الماسورة مدة طويلة واحيانا تبقى مدة الحياة لان اخراجها ربما أوجب عملية أخرى وقد يلتجأ لاستئصال الحنجرة فى أحوال استثنائية

(المبحث الرابع فى أوزيما المزمار)

أوزيما المزمار تطلق على أوزيما مدخل الحنجرة خصوصا الثنيتين الطرجهاليتين اللسانيتين المزماريتين

(الاسباب) — يعد من أسباب هذا المرض الالتهاب المحيط بغضاريف الحنجرة والالتهاب

الحنجرى وبعض الامراض العمومية الحادة كالتيفوس والجدرى والحمرة واصابة الحنجرة اصابة ميخانيكية ودخول أجسام غريبة فى الحنجرة وقد تصطحب مع الاوزيما التى تعم الجسم كما فى مرض (برايت) وامراض القلب ومن الاسباب أيضا التهابات الاعضاء المجاورة

(الاعراض والتشخيص) — العرض الاصلى لأوزيما الحنجرة هو عسر التنفس المتسبب عن ضيق فتحة الحنجرة فحركات التنفس خصوصا حركة الشهيق تكون صعبة مصحوبة بصفير ولذا يشاهد فى الحفرة فوق القص والقسم الشراسيفى والجهتين الجانبيتين من الصدر انقباضات عضلية عند فعل الشهيق ومن الاعراض أيضا حصول الاختناق الذى يعرف بعلاماته فيشاهد بالبحث بالمنظار الحنجرى انتفاخ الاربطة الطرجهالية المزمارية واحيانا الاحبال الصوتية العليا وقد يتيسر وصول الاصبع الى الاجزاء المنتفخة

(التشريح المرضى) — ينحصر فى ارتشاح الثنيتين المذكورتين بمادة مصلية ويكون لونهما أحمر أو باهتا واذا اشقتا سال منهما مادة مصلية أو مصلية قيحية

(المعالجة) — هى استعمال مضادات الالتهاب والمقيئات فى الاحوال الناتجة عنه مع معالجة الامراض التى ينتج عنها الأوزيما واذا اشتد ضيق الفتحة وأدى للاختناق لزم القطع الحنجرى أما اذا كان ضيقها خفيفا فيستعمل تشريط الحلقة الأوزيماوية

(المبحث الخامس فى تدرن الحنجرة)

تدرن الحنجرة يحصل عادة عند من كانت بنيته درنية سيما المصابين بدرن رئوى وقد يكون ابتداء الاصابة فى الحنجرة وأما جزم الكثير من الحكماء بأن الدرن لا يحصل فيها الا بعد حصوله فى الرئتين فغير مسلم لان التجارب الاكلينكيه عرفتنا بان الكثيرين من الاشخاص الذين هيأتهم الظاهرة تدل على انهم متمتعون بصحة جيدة مصابون بنزلة حنجرية ثم تظهر علامات التدرن الرئوى بعد ذلك بسير بطىء ولان البحث الدقى على الرئة قد لا يسمح احيانا باستكشاف مرض فيها ثم بعد مدة توجد علامات مرضية من جهة الحنجرة تؤيد وجود الدرن فيها ثم من جهة الرئة كذلك وهذا ما أوجب القول بان الباسيل كان دخوله ابتداء فى الحنجرة ثم انتشر فى الرئتين وفى أغلب الاحوال لا تظهر أعراض التدرن

الحنجرى الاظهور ثانويا للسل الرئوى فاذن تكون اصابة الحنجرة من مرور النفاثة الدرنية منها المتحملة بالباسيل وهذه المضاعفة تشاهد فى ثلاثة ارباع الدرن الرئوى

(الاعراض) — فى ابتداء الدرن الحنجرى لايظهر بالبحث بواسطة المنظار الحنجرى الاعلامات نزلة حنجرية ثم يعقب ذلك التدرن والتقرح وارتشاح المواد المرضية ويرى به أيضا التغيرات المرضية للغشاء المخاطى كالاحمرار وغيره مماية عذر رؤيته على الجثة

وأما الاعراض الاخرى الاكلينكية فتختلف باختلاف درجة المرض فتارة تخف بحة الصوت وتارة تشتد خصوصا اذا كان مجلس الداء غضروف لسان المزمار أو الغضروفين الطرجهاليين وحينئذ يصير الازدراد عسرا ويحصل فى وقته نوب سعال متفرقة وتقل تغذية المريض واذا امتد المرض الى الاحبال الصوتية زادت بحة الصوت حتى تصل الى درجة الانطفاء وحصول الموت بسبب قلة التغذية أكثر من حصوله بسبب أوزيما المزمار

(التشخيص) — تشخيص هذه العلة ليس صعبا متى ثبت وجود الدرن الرئوى فبعد وجود بحة الصوت وعسر الازدراد يستدل على الداء بالمنظار الحنجرى أما اذا لم يثبت وجود الدرن الرئوى فالتشخيص يكون عسرا لان أعراضه الاولية لاتختلف عن أعراض النزلة الحنجرية البسيطة كما ذكرنا ذلك وغاية الامر انه متى طالت مدة المرض ظن وجود الداء ومما يساعد على التشخيص نحافة المريض والحمى وكون أحد أبويه أو عائلته أصيب بالسل والبحث بالمنظار يظهر أيضا بعض علامات خصوصا لمن تعود على معالجة امراض الحنجرة ومتى تقدم المرض تعسر تميز الدرن الحنجرى عن الزهرى الحنجرى ولايميزهما الا السوابق وأثر الالتحام واصابة البلعوم أو الفم فى آن واحد ووجود أوزيما فى وسطها قرحة وعلى كل حال فالبحث الميكروسكوبى يزيل الشك ويثبت وجود الباسيل فى الدرن

(التشريح المرضى) — التغيرات حال ابتداء المرض تشبه تغيرات الالتهاب الحنجرى ولاتتميز عنها وأما التسلخات ذوات الاسطحة المستوية التى تشاهد احيانا فى الاحبال الصوتيه أو بين الغضاريف الطرجهالية فلا تكون علامات مميزة لهذا الداء وفى الحقيقة لايعسر علينا معرفة النزلة الحنجرية البسيطة والقروح السطحية الحنجرية التى تشاهد غالبا عند المسلولين أنها ظواهر مرضية ذات طبيعة درنية لانه لايمكن أن تكونا

ناتجتين

ناتجتين عن تأثير ميخانيكى آت من السعال أو من تأثير كيماوى للبصاق وعلى كل حال لايحقق التشخيص الا استكشاف الباسيل فى البصاق

وفى حال تحقق وجود الدرن يشاهد فى الحنجرة ارتشاح درنى وحبوب درنية وقروح متسعة منتشرة مجلسها عادة الغضاريف الطرجهالية والاحبال الصوتية ولسان المزمار وقد تمتد فى هذا الاخير الى قاعدة اللسان وفى الحالة الخطرة تتكون أوزيما فى الاجزاء المجاورة وقد يتكون الالتهاب المحيط بالغضروف الحنجرى أيضا

(المعالجة) — تنجح معالجة هذا الداء أحيانا نجاحا وصوابه من استعمال التباخير والاحسن منها انفعا اليودوفورم واليودول والكى بحمض اللبنيك ومس القروح بزيت النعناع ٢٠ فى المائة ولكن معلوما ان هذه المعالجة لاتظهر ثمرتها الا اذا استعملت بمهارة مدة طويلة واذا رؤى تقدم الداء تستعمل المعالجة المسكنة بالمورفين وبتعاطى قطع من الثلج صغيرة ومس الغشاء المخاطى بجرام واحد من الكوكايين على اثنين من الكؤول وثمانية من الماء المقطر ولكون تأثير الكوكايين وقتيا يلزم تكراره لانه جيد النفع

وقد استعملنا زرريقات البوتاسا حقنا تحت الجلد واستعملنا أيضا بنجاح الحقن مرارا بالمركب الآتى وهو

زيت عقيم ١ جرام
جيا كول ٠٫٠٥ سنتجرام
أو كاليبتول ٠٫١٥ «
يودوفورم ٠٫٠١ «

(المبحث السادس فى شلل عضلات الحنجرة)

هو نوعان (الاول) شلل الاجزاء التى تحت تأثير العصب الحنجرى العلوى وهذا العصب يعطى فروعا حساسة للغشاء المخاطى الحنجرى المبطن للجزء العلوى من الحنجرة لغاية فتحة المزمار وللسان المزمار وما يجاوره ويعطى فرعا محركا يتوزع فى العضلة الحلقية الدرقية وقد تلجئنا بعض التجارب الاكلينكية الى الظن بأنه يعطى أيضا فروعا للعضلات أخرى أتت فروعها العصبية من الحنجرى السفلى كخافضة لسان المزمار والدرقية اللسانية المزمارية

والطرجهالية اللسانية المزمارية ويعرف شلل كل منها بعدم انخفاض لسان المزمار عند فتح الفم

ويشاهد شلل العضلتين الحلقيتين الدرقيتين وخافضة لسان المزمار عند من كان مصابا بدفتيريا أو بشلل عمومى وقيل عند عدم حساسية الغشاء المخاطى المتوزع فيه العصب المتقدم ذكره وشلل العضلتين الحلقيتين الدرقيتين يحدث بحة الصوت وشلل احداهما يحدث ارتخاء الحبل الصوتى الكائن فى جهتها

الثانى - شلل العضلات التى تحت تأثير العصب الحنجرى السفلى أو الراجع وحيث ان هذا العصب يعطى فروعا حساسة للغشاء المخاطى الحنجرى من الجزء الاسفل من فوهة المزمار وفروعا محركة لعضلات الحنجرة ماعدا العضلة الحلقية الدرقية والخافضة للسان المزمار فشلله يبطل وظائف هذه العضلات التى تنقسم بحسب ذلك الى ثلاثة أقسام

أولا - الموسعة للمزمار وهى الحلقية الطرجهالية الخلفية

ثانيا - المضيقة للمزمار وهى الحلقية الطرجهالية الجانبية والطرجهالية الطرجهالية (المستعرضة والمنحرفة)

ثالثا - الموترتان للاحبال الصوتية وهما الدرقيتان الطرجهاليتان اللتان وظيفتهما تضييق المزمار واعطاء الصوت النغمة الخاصة به شدة وخفة بمساعدة العضلة الحلقية الدرقية التى تحت سلطة العصب الحنجرى العلوى

(الاسباب) - أغلب شلل الاعصاب الراجعة يكون ذا منشأ دائرى فشلل الاحبال الصوتية الدائرى ينتج غالبا عن ضغط وقع على أصل العصب أو على أحد فروعه كما يحصل ذلك من أنورزما أو من احتقان العقد الليمفاوية وسرطان البلعوم (شلل يسارى) وأما ورم الغدة الدرقية فيحدث شلل احدى الجهتين وأما شلل الجهة اليمنى فيشاهد فى سكيروزقة الرئة اليمنى أى سرطانها ومن الاسباب أيضا الدفتيريا وأورام تضغط على العصب الذى لا اسم له وامراض العصب الراجع وامراض البصلة الشوكية والاستريا وقد يحصل شلل الحنجرة بأسباب أخرى مجهولة الى الآن

(الاعراض) - نرى بالمنظار الحنجرى وقت التنفس والصوت أن الحبل الصوتى للجهة

المشلولة فى وضع متوسط غير متحرك فاحداث ضغط قهرى يتسبب عنه كون الحبل الصوتى السليم يعلو عن الخط المتوسط وأن الغضاريف الطرجهالية تتصالب فينتج من ذلك انحراف المزمار وهناك اعراض أخرى ليست واضحة حتى أنه بدون البحث بالمنظار الحنجرى لا يظن وجود شلل مع ان الصوت ليس خالصا بل غير موافق فى أغلب الاحيان للحالة الطبيعية فلذا تسأم المرضى من التكلم

وأما فى الحالة النادرة التى هى شلل الجهتين فالحبلان الصوتيان يصابان بفقد الحركة ويصيران فى وضع متوسط وينطفى الصوت بالكلية ولا يقدر المريض على ايجاد السعال اذ لاجل حصوله يلزم أن يكون المزمار ثابتا مغلقا

وأما شلل العضلة الموسعة للمزمار أى الحلقية الطرجهالية الخلفية فهو مهم فى الطب العملى وان كان نادرا لانه يحدث ضيقا شديدا بسبب خفى غير معلوم وقد يكون سببه اصابة الاعصاب التى تنتهى الى العضو المشلول فيتعذر التنفس خصوصا الشهيق وقد يحصل من ذلك اختناق شديد يلجئ أحيانا الفتح القصبة

ويرى بواسطة المنظار الحنجرى ان فتحة المزمار استحالت الى شق يضيق وقت الشهيق عن مرور الهواء الضرورى لاستدامة الحياة

وأما شلل العضلة الطرجهالية الطرجهالية المضيقة للمزمار الذى يندر انفراده فيشاهد فى النزلة الحنجرية وفى انطفاء الصوت الاستيرى حتى يصير الصوت أبح جدا ويرى بالمنظار أن المزمار بين الاحبال يغلق مدة التكلم بين الغضاريف ويبقى مفتوحا على شكل شق مثلث

واذا أصيب العضل الدرقى الطرجهالى كالعضل الطرجهالى الطرجهالى اكتسب المزمار وقت الصوت شكل فتحة تشبه الساعة المائية من غير أن يغلق كما فى الانواع المتقدمة

وأما شلل العضلة الحلقية الطرجهالية الجانبية القاصرة على جهة فلم يشاهد جيدا

وأما شلل العضل الدرقى الطرجهالى الذى هو فى سمك الاحبال الصوتية الموترلها فهو الاكثر حصولا فى عضلات الحنجرة وكثيرا ما يشاهد خصوصا فى النزلة الحنجرية الحادة والمزمنة وقد يشاهد عقب اتعاب الصوت عند المغنين وكثيرى الصياح وعند الاستيريين

وقد يكون منفردا أو مزدوجا وقد يصحبه شلل عضلات المزمار ويرى بالمنظار الحنجرى أن العضلة الدرقية الطرجهالية غير منقبضة وقت الصوت وفتحة المزمار بيضاوية والحبل المصاب مقعرا ويصير الصوت أبح خشنا والتكلم شاقا وفى أحوال كثيرة يزول الشلل عقب زوال النزلة المتسبب عنها ويتميز الشلل الناشئ عن الاستريا بتكرار حصوله وزواله خصوصا عقب انفعال نفسانى ويشاهد عند الاطفال خصوصا البنات اللاتى سنهن من ١٠ الى ١٤ شهرا

(المعالجة) ـ يؤمل نجاح المعالجة اذا كان الشلل قابلا لها كما فى أحوال النزلات الحنجرية وأما فى الاحوال الناتجة عن ضغط أورام خنازيرية فيلزم استئصالها وتؤثر الكهربائية فى الاحوال النزلية والروماتزمية والدفتيرية والاستيرية بوضع قطب على العنق والثانى على الاحبال ويعطى المريض من الباطن المقويات والحقن تحت الجلد بالاستريكنين من ٣٠٠ر٠ ملى الى ١٠ر٠ سنتى ثم يؤمر بتمرين الصوت

(المبحث السابع فى تشنج المزمار)

هذا مرض يحصل منه انقباض فى شفتى المزمار وقد يزداد حتى يصل لدرجة الانغلاق

(الاسباب) ـ تكثر اصابة هذا المرض للاطفال قبل اتمام ثلاث سنين والذكور منهم أكثر عرضة له من الاناث والسبب المتمم له غير معلوم لنا لكنا نرى كثرة اصابته لمن عندهم لين فى العظام مطلقا فقول من قال ان التشنج مرتبط بلين عظام الجمجمة فقط ليس على ما ينبغى

وفى الغالب انه يصحب الاكلامبسيا فى درجة زائدة حتى انهما يتناوبان مع بعضهما وقد يضاعف النزلة الحنجرية التى سببها تأثير البرد واذا حصل التشنج العضلى فى مدة التسنين أحدث فعلا منعكسا فى المزمار

(الاعراض) ـ تأتى نوبة التشنج دفعة واحدة فى ليل أو نهار بدون سبب محسوس عقب صراخ أو شرب أو تنبيه مخى فيبتدئ بشهيق طويل يعقبه وقوف التنفس وحينئذ تتغير هيئة الاطفال فيصير الوجه سيانوزيا (منتقعا) والاعين شاخصة ناظرة لما حولها وتفعل المرضى مجهودات للوصول الى التنفس حتى ان عضلاته تنقبض لمقاومة الموانع وتمكث

هذه الحالة من ثوان الى دقيقتين وقد تكون النوبة شديدة فيتسبب عنها الموت الفجائى وفى أغلب الاحوال تكون خفيفة مصحوبة بحركات تنفس ذات لغط وبعد برهة تحصل الراحة والهدء للاطفال وشدة تلك النوب وخفتها وعددها يختلف بحسب درجة المرض وبنية الطفل فقد تصل من نوبتين الى عشر فى اليوم وقد تبلغ عشرين وزيادة وقد يمكث المرض شهورا بدرجات مختلفة ومتى وصل سن الطفل الى ثلاث سنوات رجى عدم اصابته به وقد تموت الاطفال التى هى عرضة له قبل الوصول الى هذا السن اما بسببه أو بسبب مرض آخر

فعلم مما سبق ان تشنج المزمار الحقيقى لا يصيب الكهول وانما يوجد ما يشبهه عند المصابين منهم بالاستريا

(المعالجه) ـ يجب علينا أن نشتغل بمعالجة الحالة العمومية فباعطاء الحديد وزيت السمك يمكن تناقص النوب التشنجية بل زوالها بالكلية ويلزم وضع المرضى فى مكان تناسبت حرارته مع حفظهم من التبريد

وأما المعالجة الباطنية الواقية من حصول النوب فليست قطعية ولكن أوصوا باستعمال برومور البوتاسيوم من ٥ر٠ ديسى الى ٢ جرام فى اليوم ومن صبغة المسك عشر نقط فى كل ساعتين وأوكسيد الخارصين من ١٠ر٠ الى ٢٠ر٠ ويلزم فى مدة النوبة رفع الطفل من الوضع الافقى ورش وجهه بالماء البارد ودلك جلده بخرقة من الصوف أو بصبغة الخردل أو بوضع الخردل على الصدر وقصب الساقين واذا تكررت النوب واشتدت تستعمل المسكنات والكلوروفورم أو الحقن بالمورفين من ١٠٠ر٠ الى ٢٠٠ر٠

(المبحث الثامن فى اضطراب احساس الحنجرة)

هذا الاضطراب يشاهد فى العصب الحنجرى العلوى ومجلسه حينئذ لسان المزمار وما يجاوره والجزء العلوى من الحنجرة الى نهاية شق المزمار ويندر وجوده فى تجويف الجزء السفلى من الحنجرة الذى يقبل فروعه الحساسة من العصب الراجع وهذا الاضطراب للاحساس يصحبه عادة اضطراب الحركة فنجد ما شللا استيريا أو شللا دفتيريا

(الاعراض) ـ يعرف اضطراب احساس الحنجرة بفقد حساسية الغشاء المخاطى عند

لمسه بطرف مجس فضلا عن ان الفعل المنعكس للازدراد والسعال يزول تقريبا حتى أنه لا يتعذر علينا مس برزخ الحنجرة بالاصبع وزوال هذا الفعل المنعكس لا يخلو من الخطر عند المصابين بشلل دفتيرى لانه ربما تصادف نزول قطع صغيرة من الطعام فى الحنجرة عند الازدراد وعوضا عن انها ترجع بالسعال تنزل بواسطة حركة الشهيق فى مسالك الهواء لغاية الرئتين فتحدث التهابا شعبيا أو رئويا فصيا فيزداد بذلك الخطر خصوصا اذا تعذر السعال لداعى غلق المزمار غلقا تاما وقد يؤمن من الخطر فى أحوال الاستيريا

ويمكن تجنب هذا الخطر بتغذية المريض بواسطة مجس معدى خصوصا عند عدم تمكنه من الازدراد أو من السعال

(المعالجة) – تكون معالجة هذا الداء كمعالجة ما سبق فى فقد الاحساس والحركة

(الباب الثالث)

(فى أمراض القصبة والشعب)

(المبحث الاول)

(فى النزلة الحادة للقصبة والشعب أى الالتهاب الحاد لهما)

هذا الالتهاب يصيب الغشاء المخاطى المبطن للقصبة وللشعب وهو مرض كثير الحصول

(الاسباب) – أولا تأثير البرد اذ من المعلوم أن تأثير الهواء البارد والرطب على الغشاء المخاطى لهذه المسالك خصوصا فى جزئها العلوى يضر بها ولذا نرى أن النزلة الشعبية تعقب فى الغالب النزلة الحنجرية وينذر أن تعقب التهابات الحلق وفى هذه النزلة المعتادة البسيطة لا يتجاوز الالتهاب الشعب الكبيرة فتبقى الشعب الصغيرة سليمة

والتهاب الشعب يكون شديدا اذا حصل عقب تأثير ميخانيكى أو كيماوى لان السبب حينئذ يكون قويا خصوصا اذا حصل عقب استنشاق غاز مضر كحمض النتروز وحمض الكبريتوز والكلور واليود كما شوهد ذلك عند الصناع فى فبريقات هذه الجواهر

ثانيا – استنشاق هواء متحمل بالدخان والتراب لاسيما التراب النباتى المعرض له كثير من أرباب الصنائع كالمشتغلين بالمبانى واستخراج الفحومات فانهم عرضة لهذا الداء وتمتد النزلة عندهم لغاية الشعب الدقيقة

وقد

وقد تحصل النزلة فى زمن أمراض أخرى حادة أو مزمنة خصوصا الامراض العفنة الحادة كالحصبة والسعال الديكى فان النزلة الشعبية تكون معها موضعية تقريبا دائمة الوجود ويكون ظهورها حينئذ تابعا للمرض العفن والغالب أن حصولها يكون باستنشاق الاصل المضر الآتى من الجزء العلوى للمسالك الهوائية وبهذه الطريقة تفسر النزلة التى تحصل فى حال سير الدفتيريا التى مجلسها الحنجرة والبلعوم اذا لم تكن حاصلة من الامتداد اللاواسطى للمرض وكذا يقال فى الجدرى

ويكون التهاب القصبة والشعب فى الامراض الاخرى مضاعفا لها كثير الحصول ففى تجويف الفم والبلعوم تتجمع مواد افرازية مرضية ينشأ عنها التهابات وقلاع ومنها تنتقل الاصول المحدثة للالتهاب نباتية كانت أو كيماوية الى القصبة والشعب بواسطة هواء الشهيق ونضيف الى ما تقدم تعذر التنخيم والنفاثة من بعض المرضى اذ بذلك تركض الافرازات فى الشعب فتحدث ظواهر التخمر وتتكون البكتريا التى تتمم الالتهاب الشعبى ثم يعقبها الالتهاب الرئوى الفصى الذى يوجد فى بعض الاحيان كثيرا

ونحن وان كنا لم نقف على كيفية تأثير الاصول العفنة فى حدوث النزلة الشعبية لكن يجب علينا اعتماد تأثيرها كما سيأتى ذلك فى مبحث مخصوص

ثم ان دخول بعض مواد غذائية وقت الازدراد فى الشعب والحنجرة يكون عند استحالة تلك المواد سببا مهما لحصول النزلة الشعبية

وقد تشاهد النزلة بحالة وبائية جمة مصحوبة فى أغلب الاحوال بنزلات الغشاء المخاطى لمسالك الهواء فتحدث النزلة المعروفة بالوافدة (جريب وأنفليانسا) التى تنشأ من طبيعة عفنة أيضا وقد تكون النزلة الشعبية الحادة ناتجة عن تزايد المزمنة

واستعداد الاشخاص لهذه النزلة مختلف ولم نعلم لذلك الاستعداد سببا فانا نشاهدها بكثرة عند الضعفاء والاقوياء من الاطفال والشيوخ فى زمنى الربيع والخريف

(الاعراض) – أولا – الالم الذى يكون مجلسه عادة الصدر وقد يحس المريض فى النزلة الشديدة بمثل جرح مؤلم فى العنق وخلف الجزء العلوى من القص ويزداد ألمه بالسعال حتى يصير كالم الحرق ويظهر ان الغشاء المخاطى الشعبى لا يشتمل على أخيطة عصبية وأن

الاحساس بذلك الالم فى العضل بين الاضلاع ناشئ من قوة انقباضها واضطرابها اثناء السعال

ثانيا - السعال وهو الاكثر ملازمة لتلك النزلة فبواسطته يعرف كل من المريض والطبيب أن هناك آفة صدرية الا اذا وجدت النزلة الحنجرية فيجوز أن ينسب اليها لكن لا يشك فى حدوثه بتأثير الفعل المنعكس وقد دلت التجارب على أن الزاوية المتكونة من انقسام الشعب كثيرة الاحساس وهى النقطة التى تتهيج فيها بسرعة نوب سعال شديدة فى بعض الاحيان وشدة السعال أيضا تتعلق بشدة الالتهاب وامتداده

ثالثا - البصاق وهو يتكون من متحصلات افراز الغشاء المخاطى الملتهب وكميته وتركيبه يختلفان باختلاف حالة المرض لان النزلة اما رطبة أى ذات افراز غزير مخاطى قيحى واما جافة أى لا يبصق المريض فيها الا شيأ يسيرا من المخاط المتماسك وعلى كلتا الحالتين يكون البصاق فى ابتداء المرض نادرا متكونا من مادة مخاطية لزجة (بصاق النزلة الغير مستوية للقدماء) ثم يصير غزيرا وينفصل بسهولة ثم مخاطيا قيحيا (بصاقا مستويا)

والبحث الميكروسكوبى على بصاق النزلة الشعبية البسيطة لا يدلنا على شئ مخصوص غير أن كرات القيح هنا تكون منتفخة ويجوز أن ترى كرات دموية ناشئة احيانا عن شدة النزلة ولكنها ليست ذات أهمية وقد يشاهد فى بصاق مدمنى الخمر كمية وافرة من الدم وتسمى حينئذ بالنزلة النزيفية

أما ضيق النفس فلا يوجد عند المصابين بالنزلة المعتادة الا اذا امتد الالتهاب الى الشعب الصغيرة

(البحث الطبيعى للصدر) - متى كان الطبيب متعودا على رؤية الحنجرة يمكنه بواسطة المنظار الحنجرى معرفة التغيرات المرضية فى القصبة وأما معرفتها فى الشعب خصوصا اذا كانت الاصابة فى الشعب الدقيقة فيلزم لها وسائط أخرى كضيق النفس واستطالة مدة الزفير لان رؤية الصدر فقط لا تظهر شيأ فى النزلة المعتادة كما ان القرع على الصدر عند المصابين بنزلة غير مضاعفة لا يظهر لنا تغيرا فى رنانيته وكذلك التسمع لا يفيد شيأ فى أحوال النزلة الخفيفة القاصرة على القصبة والشعب الغليظة أما اذا امتد الالتهاب

الى الشعب الصغيرة وتراكم الافراز فى الشجرة الشعبية فيسمع حينئذ مع الخرير الحويصلى خراخر يقال لها الخراخر الشعبية التى تغطى أحيانا على الخرير الحويصلى المذكور وتختلف أصوات هذه الخراخر اذا كانت النزلة جافة فتارة تكون قوية ويقال لها شخيرية وتارة تكون خفيفة ويقال لها صفيرية وذلك بحسب قطر الشعبة المار منها الهواء وسبب ضيقها انتفاخ الغشاء المخاطى من جهة وتراكم الافراز على سطحه من جهة أخرى ومن الجائز أن هذه الافرازات تساعد على رنة الخراخر الشعبية اذا اهتزت عند مرور الهواء حال التنفس وأما اذا كان الافراز زائدا ومائعا فتكون خراخر فقاعية رطبة وبحسب مجلسها فى الشعب الكبيرة أو الصغيرة يقال لها خراخر فقاعية كبيرة أو صغيرة ومنها ما يقال لها المخاطية القرقعية والتحت قرقعية متى حصلت سماكة الافراز

وقد توجد أعراض أخرى للنزلة الشعبية غير هذه الاعراض متى كانت النزله شديدة كاحساس المريض بانه فى حالة غير طبيعية وقلة شهيته واحساسه بحمى عند المساء ولكن الحرارة لا تزيد عن ٣٩ الا نادرا وكاحساسه بآلام فى الرأس وكزيادة مدة السعال

(الاشكال) أولا - الشكل الخفيف للالتهاب الشعبى الحاد

فى أغلب الالتهابات الشعبية المعتادة التابعة لتأثير البرد الذى يؤثر على الغشاء المخاطى الشعبى تنحصر النزلة الشعبية فى الغشاء المخاطى المبطن للشعب الغليظة وحينئذ يكون المرض خفيفا محتملا والسعال ثقيلا احيانا ولا توجد الحمى فى الغالب واذا وجدت تكون خفيفة وبالتسمع تارة نجد خراخر كبيرة قليلة العدد فى قاعدة الرئتين وتارة لا نجد شيأ غير الطبيعى ويستدل حينئذ على وجود المرض بضيق النفس والسعال الخفيف والبصاق واذا احترس المريض فى هذا الشكل يزول مرضه شيأ فشيأ فى مدة قليلة واذا لم يحترس مع دوام تأثير السبب استطالت مدة المرض وربما انتقل الى حالة مزمنة

ثانيا - الشكل الثقيل أى الالتهاب الشعبى الحاد الشديد الحمى

النزلة الشعبية تظهر احيانا بعلامات أرقى من الاعراض السالفة لقوة تأثير أسبابها أو لاسباب أخرى لم تعلم الى الآن (كعفونات) وفى هذه الحالة تزداد السآمة ويكثر عدد الخراخر وتكون الحالة العموميه تحت سلطة المرض أكثر منها فى الشكل المتقدم وتمكث

الحمى من أسبوع الى اثنين وتكتسب شكل حمى دائمة ولكن لاتزيد درجتها عن ٣٩٫٥
وقد شوهد انجاه هذا الشكل الصعب أحيانا الى فص رئوى أوالى احدى الرئتين ويكون
حينئذ حادا منتشرا وانتهاؤه جيد الغير الضعفاء والطاعنين فى السن

ثالثا — شكل التهاب الشعب الدقيقة المعروف بالالتهاب الشعبى الشعرى واعراضه
تؤخذ مما سيأتى ونعد من ضمنه الالتهابات الشعبية التابعة للحصبة والدفتيريا والسعال
الديكى لانها ذات ميل لاصابة الشعب الدقيقة والرئة ويجوز ان هذا الالتهاب الشعبى
الشعرى يصيب الشيوخ ويتسبب عنه الموت اضعفهم واضمحلالهم من مفعول المرض
والالتهاب الرئوى

(الاعراض) — يندر أن الالتهاب الشعبى الاصلى يمتد الى الشعب الشعرية عند الكهول
وبالعكس يكون الالتهاب الشعبى الثانوى الذى يتضاعف بأمراض أخرى فانه يمتد الى
الشعب الدقيقة وينتهى بتكوين التهاب بورة رئوية فصية (نزلة رئوية) ويستشعر بحصول
الالتهاب الشعبى الشعرى متى كانت الخراخر ذوات صوت مرتفع صفيرى وحاد وقد
يوجد مع هذه الخراخر خراخر أخرى رطبة ذات فقاقيع صغيرة وعند هؤلاء المرضى يكون
ضيق التنفس شديدا والنفس سريع التوالى والزفير أطول من الشهيق والسعال زائد
الشدة والبصاق مخاطيا قيحيا غير غزير

وهذا الالتهاب عند الاطفال ذو اهمية فى الطب العملى والتجارب أبانت أن له عندهم ميلا
لاصابة الشعب الدقيقة ويكثر عند ضعيفى البنية والراشتسميين ومن عندهم استعداد
للدرن وكثرة استعدادهم لهذه النزلة فى زمن التسنين لا تمنع من حصولها عندهم فى زمن
الطفولية الاولى

ولا ينبئ عن اصابتهم بهذه النزلة الا السعال خصوصا ان كثر وقت البكاء لانهم لعدم قدرتهم
على طرح متحصل البلغم يزدردونه فالعرض المهم عندهم هو السعال بجهود واضطراب
حركة التنفس فتصل درجته فى الدقيقة الى ٦٠ أو ٨٠ أو أكثر ويكون سطحيا غير
منتظم خصوصا فى الاحوال الخطرة

ومن عدم دخول كمية كافية من الهواء عندهم فى الشعب الصغيرة تحصل انخفاضات فى

قاعدة وجانبى الصدر ويصير الزفير ذا الغط ومتقطعا بأنين ويسمع له خراخر رطبة صغيرة
منتشرة فى الرئة وتكون المرضى فى الاحوال الخطرة هائجة متحيرة ذات لون متغير حال
الشهيق وسيانوزى حال الزفير وتؤل الحالة الى فقد القوى والوقوع فى الخمود ومتى
وصل المريض الى هذه الدرجة نعلم انه تكون التهاب رئوى نزلى وحينئذ ترتقى درجة حرارته
الى ٤٠ أو أكثر والنبض يزداد حتى يصل فى الدقيقة الى ١٢٠ أو ١٤٠ أو أكثر ومدة
المرض لا تقل عن أسبوعين أو ثلاثة بل قد تزيد عن ذلك ويكثر موت من كانت تغذيتهم
رديئة أو كانوا ضعفاء من الاطفال ومع ذلك لا يندر شفاء بعض المرضى انما يلزم لذلك مدة
طويلة

أما بحث الصدر فلا يفيد شيأ أحيانا كما ان القرع فى الاحوال المعتادة لا يدل على تغير
ولكن اذا تزايد الافراز وحبس الهواء تمدد الرئة وتزيد عن مواضعها الطبيعية من جهة
الخط المتوسط والجزء السفلى فيحس برنانيته أزيد من المعتاد وأحيانا يحس بأصمية فى بعض
اجزائها وتزول بتغير حركة المريض أو بالسعال والبصاق (خمود رئوى) والاصمية المستمرة
تدل على التهاب شعبى رئوى فى جزء من الرئة مختلف السعة

أما التسمع فيعلمنا بوجود خراخر فقاعية صغيرة مرافقة لجدر الحويصلات الرئوية وهذا
مغاير لما يسمع فى الكهوف ومع ماذكر فان الاجزاء التى لا يمر فيها الهواء لا يسمع فيها الخرير
الحويصلى (برنكوفونى التكلم الشعبى) وبظهور النفخ الشعبى فى سير الالتهاب الشعبى
وبالخراخر ذوات الصوت والتكلم الشعبى يستدل على وجود بورة التهاب شعبى رئوى
وتشاهد العلامات الدالة على الالتهاب الشعبى الشعرى فى الجزء الخلفى السفلى من الرئة
ومتى كانت جميع الشعب مصابة كان السعال أشد مما لو أصيبت الشعب الصغيرة فقط
وأما البصاق فيشاهد فيه حينئذ الاوصاف المذكورة آنفا فضلا عن انه اذا كان رغويا عام
على وجه الماء واذا كان غير ذلك مال الى قاع الاناء وربما التصق به للزوجته

(التشخيص) — تشخيص النزلة الشعبية فى حد ذاته ليس صعبا ولا مهما لان الاعراض
التى ذكرت لكل شكل منها تدلنا عليها فبالتسمع تعلم الخراخر الشعبية وبالسعال والبصاق
يعرف وجودها ان لم يكونا آتيين من نزلة حنجرية ومن المهم معرفة مضاعفاتها من عدمها

أى ان النزلة الشعبية أصلية أو تابعة لامراض أخرى ولا يعلم ذلك الا بالبحث الدقى على جميع الجسم وبالسوابق

وقد تكون نزلة شعب قة الرئة مقدمة مرضية لحصول السل الرئوى وان بعدت معرفة اصابة فص من الرئة بالتهاب فى أحوال النزلة الشعبية الشعرية لانه لا يمكن الوصول اليها قطعيا دائما بل بوجه التقريب فقط لاشتباه الاعراض فى أغلب الاحوال

ومما ذكر يعلم ان الانذار لا يمكن الحكم به وان هذا المرض محتمل للخطر عند الاطفال والشيوخ ولكن الشكل الخفيف يكون انذاره حميدا

(التشريح المرضى) - يختلف بالنسبة لنوع الالتهاب وحدته وازمانه ففى النزلة الحادة الشعبية نجد الغشاء المخاطى ذا لون أحمر والاوعية المخاطية والتحت مخاطية متمددة جدا وترى بالعين العارية على شكل خطوط حمر وقد يعم اللون الاحمر بعض نقط من الغشاء المخاطى الذى يمتد فيه الاحتقان الوعائى بسرعة وقد ينسكب الدم من الاوعية فى بعض نقط فيتكون الكيموزس تحت الطبقة البشرية ونجد زيادة عن هذا الاحمرار الغير الطبيعى ان الغشاء المخاطى الملتهب منتفخ وان قوامه لين ممتلئ بنضح يتمزق بسهولة لقلة مقاومته وسطحه غالبا معتم قطيفى جاف جفافا معلنا بأوائل هذا الالتهاب واذا مكث الالتهاب مدة نضح من الغشاء المخاطى سائل لزج غير طبيعى أو مخضر قيحى وربما وجدت كتل مخاطية سادة لفتحات الغدد المخاطية فتصيرها على هيئة الدرن الدخنى وتميز عنها بسهولة استفراغها بواسطة الاصبع

ويجب علينا ان نلاحظ ان هذه التغيرات المرضية هى عين الأعراض التى لوحظت مدة الحياة وان تصورنا انها غيرها وخصوصا ما يتعلق بانتفاخ الغشاء المخاطى لان الاحتقان الوعائى يزول بعد الوفاة وبواسطة الميكرسكوب نتحقق من وجود الكرات البيضاء فى الاوعية المحتقنة وفى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وكثير من النوايات داخل الخلايا

ومتى أصيبت الشعب الدقيقة بالالتهاب شوهد عند فتح الجثة بروز الرئة من القفص الصدرى وان الشعب الدقيقة مسدودة وحينئذ لا يمكن خروج الهواء المضغوط فى

الحويصلات وقد توجد تغيرات مرضية رئوية فيشاهد فى الجزء المقدم من الفص السفلى للرئة بعض نقط انفيزيماوية وبعض نقط حمراء خالية من الهواء ولو نفخ فى الرئة من شعبة غليظة لامتلأت الحويصلات بالهواء ثانيا لان الهواء الذى كان فى الجزء الخلفى من الفص السفلى امتص بالكلية ويوجد أيضا فى الرئة بعض بورات صلبة محمرة جدا خالية من الهواء لكن لا يمكن نفخها بالشعب لانها ممتلئة بمادة غريبة وهذه البورات هى بورات الالتهاب الشعبى الشعرى الحادث اما من امتداد الالتهاب الشعبى أو من دخول مواد عفنة

وقد تصل الاصابة الى البليورا فتصير بعض نقط منها معتمة كيموزية واذا فعل قطع فى الرئة وضغط على الشعب الدقيقة خرج منها سائل رائق أو قيحى وربما كان خاثرا فتنسد به الشعب الدقيقة وبالضغط يخرج على هيئة شعرية

(المعالجة) - يلزم المريض تجنب الاسباب المحدثة للالتهاب الشعبى الاصلى ووقاية الاطفال المستعدين له من البرد ويمكن الاحتماء من النزلات الشعبية التابعة لامراض الفم والحلق باستمرار النظافة وأخذ الوسائط المسهلة لخروج البصاق والفضلات

ففى ظهور الالتهاب الشعبى تلزم المرضى بعدم الخروج من المنازل وبالوقاية من تأثير البرد ولا تحمل الاطفال من مهادها وفى جميع الازمنة أوصى بتعاطى المعرقات كمنقوع الشاى والشاى الصدرى وشرب اللبن المسخن والممزوج بماء سلس والتهاييل وان كانت لا فعل لها هنا الا أنى أوصى باستعمالها ببخار الماء منفردا أو ممزوجا بملح الطعام من جرام الى اثنين فى المائة اذا كان الالتهاب جافا

ويعالج المرض بحسب شكله وتسلطن اعراضه فتسكن الآلام والسعال بالمركبات الافيونية وماء الغار الكرزى ويسهل البصاق بالمنفثات كعرق الذهب والقلويات والابومورفين وتستعمل الحمامات الفاترة فى اليوم مرتين أو ثلاثة فانها نافعة هنا فى بعض الاحيان وخصوصا عند الاطفال وكذا التشلشل بالماء البارد فانه يسهل النفاثة أيضا ويقى المريض من اصابة الالتهاب الرئوى والفصيصى

وقد يحصل نجاح من لف جسم أو صدر المريض بلفافة مبلولة بماء درجة حرارته تختلف

من ١٦ الى ٢٠ ريئور ثم تغطى بغطاء من صوف مع اخراج أذرع الاطفال من تلك اللفائف ويكرر ذلك فى اليوم من ٣ الى ٤ مرات وتكون المعالجة الاخرى عندهم كما هى عند الشيوخ فيلزم تقويتهم بالاغذية الجيدة وكمية قليلة من النبيذ واذا تراكم المخاط فى شعبهم لزم اعطاؤهم المقيئات ويلزم الاحتراس من استعمال المركبات الافيونية لهم بل تستعمل البوليجالا وزهر البنفسج تسهيلا للنفاثة ويستعمل للشيوخ المقويات وسائل النوشادر الينسونى وغير ذلك واذا لم يمكن المرضى اخراج المواد بالسعال لشدة ضعفهم ووقوعهم فى الخمود تستعمل المنبهات كالنبيذ والكافور وحمض الجاويك والمسك وغير ذلك وينجح استعمال المسهلات واعطاء الاطفال الزئبق الحلو بالبخار مع الكبريت المذهب للانتيمون

زئبق حلو ....
الكبريت المذهب للانتيمون } من كل ٥٠ سنتى ثم يقسم الى عشرة أوراق ويؤخذ على ثلاث مرات فى اليوم
سكر ....

وتعطى هذه الجرع المنفثة فيؤخذ من الاولى ملعقة فى كل ساعة ومن الثانية ملعقة فى كل ساعتين

سائل سوكسن (كهرمانى)
كلورايدرات النوشادر .. } من كل ٥ جرام
ماء قراح ٢٠٠ جرام

كلورايدرات النوشادر...
حمض الكلورايدريك الطبى } من كل ٠٫٥٠ سنتى
ماء قراح ٢٠٠ جرام

وأما

حمض الجاويك ١ جرام
سكر أبيض ٢ »

فبعد سحقهما سحقا ناعما وتقسيمهما الى عشرة أجزاء متساوية يعطى منها ورقة فى كل ثلاث ساعات

واما

وأما هذه الجرع فيعطى منها فى كل ساعة ملعقة

منقوع جذور عرق الذهب ٠٫٥٠ سنتى فى ١٥٠ جراما من الماء
ماء اللوز المر ٦ جرامات
شراب بسيط ٢٠ »

مغلى البوليجالا ١٠ جرامات فى ١٠٠ جرام ماء
سائل النوشادر الينسونى ٥ »
شراب بسيط ٥ »

والعلاج الهوائى الصدرى ذو فائدة عظيمة فى النزلة الشعبية الحادة والمزمنة سواء كان من أجهزة ثابتة أو متحركة ونعد منها جهاز جايجر وماير وجهاز والدنبورج ويستحسن الحقن بالايتير عند وجود خمود فى الاحوال العصبية أو اعطاء جرعة امامن الطرطير المقيئ وامامن

منقوع جذور عرق الذهب ٠٫٧٠ سنتى
السائل النوشادرى ٠٫٤ جرام } كل ساعة ملعقة
شراب البرتقال ٢٠٫٠ »

(المبحث الثانى)

(فى الالتهاب الشعبى المزمن أى النزلة المزمنة للشعب)

هذه النزلة اما ان تظهر تدريجا على شكل مزمن واما ان تعقب الالتهاب الشعبى الحاد

(الاسباب) - يحدث هذا الالتهاب من تكرار الاسباب المرضية فليس ذاتيا أصليا بل مصاحبا أو معقبا لاحوال مرضية أخرى فيصحب عادة الانفيزيما الرئوية والامراض القلبية خصوصا تغيرا لصمامات (التهاب الطبقة الباطنة للقلب) وكذا تغير الاوعية الغليظة الذى يعوق دورة الرئة اذ من ذلك يحصل نضح التهاب مزمن فى الشعب وكذا النزلات المزمنة التى تضاعف آفات الكلى فانه يحصل منها أيضا اضطراب الدورة وتشاهد النزلة المزمنة أيضا فى أمراض الرئة كالسل وفى أمراض البليورا وغيرها ومشاهدتها عند الكهول والشيوخ من الرجال أكثر من النساء

فالسبب الحقيقي لهذا المرض غير محقق لنا اذ تارة يكون آفة مرضية عسرة الشفاء تمكث عدة سنين مع اختلاف في درجاتها وتارة يعقب أمراضا اخرى خصوصا عقب سكليروز كاوى مزمن وقد شاهدت حالة مثل هذه عند رجل يبلغ عمره نحو ٤٠ سنة

(الاعراض) – هي عسر التنفس والسعال والبصاق ونضيف لذلك نتيجة بحث الصدر فعسر التنفس يصحب هذه النزلة المزمنة خصوصا اذا امتدت الى الشعب الدقيقة ولولم تحصل المضاعفات لان بوجودها من جهة الرئة أو القلب يشتد عسر التنفس فقط

وأما السعال والبصاق فيختلف كل منهما بحسب الكمية والزمن فيزداد السعال في الصباح والمساء وتارة يكون جافا (نزلة جافة) ولا ينشأ عنه حينئذ الابصاق متماسك لزج وتارة يكون رطبا فيزداد البصاق حتى يصير مخاطيا قيحيا وأحيانا يكون مائعا غزيرا وبالميكروسكوب لا يوجد فيه شئ دال على هذه النزلة سوى مواده المعتادة وحويصلات القيح وتسلخات في البشرة البلاطية وباكتيريا متعددة غالبا وأحيانا يوجد بعض حوامض دسمة مكونة لابر ويندر وجود بللورات مثمنة متراكمة وهي التي يقال لها (بللورات داء الربو) وقد يصحب البصاق دم ولكن لا أهمية له هنا

(وأما البحث عن الصدر) – فالقرع لا يدل على شئ خاص بالالتهاب الشعبي وغاية ما يدرك أن رنانية الصدر تصير طبلية قليلا في الجزء الخلفي السفلي منه بسبب تمدد المنسوج الرئوى بالهواء وتصير معتمة بسبب تراكم المواد المخاطية في الشعب وعلى حسب امتداد النزلة وكمية المواد المنفرزة تسمع خراخر شعبية جافة شخيرية أو صفيرية أو خراخر رطبة منتشرة على سطح الرئة أو مجتمعة في محاذاة الفص السفلي لان النزلة تكون عادة هنالك أكثر وضوحا اذ متحصلات الافراز تجتمع في هذا الجزء بسهولة ويمكن ان الخرير الحويصلي يختفي في بعض نقط من الرئة بواسطة الخراخر الرطبة ويظهر في بعض نقط أخرى منها وقد يتجدد ظهوره بعد الخفاء وحركات الزفير تكون مستطيلة في المواضع التي سدت فيها الشعب بمتحصلات الافراز كما يشاهد ذلك في قاعدة الرئة وحينئذ تصير الخراخر الشعبية ضعيفة أو معدومة بالكلية

وللنزلة الشعبية المزمنة أشكال كل واحد منها على حدته وقد ينضم أحدها الى الآخر

بسهولة

بسهولة وهي أولا – النزلة الشعبية المزمنة الجافة أى النزلة الجافة للينيك وهي حالة فيها يفرز الغشاء المخاطي افرازات قليلة ويكون السعال شديدا جافا وقد يحدث مخاط الزجا قليل الكمية جدا وبالتسمع يحس بخراخر صفيرية لكن لا توجد علامة تدل على وجود سائل ويصحب هذا الشكل انفزيما رئوية وفي بعض الاحيان نوب مثل نوب الربو وربما يتعاصى عن الشفاء فيمكث عدة سنين

ثانيا – الشكل الذى يقال له النزلة السيلانية وهو حالة يحصل فيها افراز مخاطي غزير فيحدث السعال نفاثة غزيرة جدا ذات قوام مائع تصل عادة الى نصف ليتر في كل ٢٤ ساعة بل أكثر وبابقائها في اناء تنقسم الى ثلاث طبقات سفلى مخاطية قيحية ومتوسطة مخاطية مصلية وعليا مخاطية رغوية ويسمع في الجزء السفلي من الرئة خراخر رطبة تقل عادة متى خرجت كمية كثيرة من النفاثة وهذا الشكل يتميز بوجود شعب متمددة فيه زيادة عن أوصافه المذكورة

ثالثا – الشكل الذى يقال له نزلة مصلية (المخاطية للينيك) وهو يتصف ببصاق غزير رغوى مصلي صرف وقوامه مائي وسعاله نوبي متكرر شديد يستمر من نصف ساعة الى ساعة أو أكثر فيزداد ضيق النفس حينئذ ولذا اسموه قديما بالربو الرطب وكمية البصاق فيه تختلف من ليتر الى اثنين في كل ٢٤ ساعة والبحث الطبيعي يدلنا على خراخر متعددة منتشرة في الرئة والرنانية الصدرية تكون طبيعية ومن تراكم المواد المنفرزة تتكون أصمية أحيانا

(السير) – سير الالتهاب الشعبي المزمن بطيء وقد تنحط درجته في بعض الاحيان ثم تعود ثانيا ففي فصل الربيع تحصل للمرضى راحة لائقة اذا احترست ولكن تعود الحالة في الخريف والشتاء وكذا من مؤثرات أخرى

(التشخيص) – هو وان كان سهلا بسبب معرفة الاعراض المتقدمة لكنه لا يخلو من دقة اذ يلزم فيه معرفة كون الداء أصليا أو تابعا لمرض آخر مع بحث القلب والبول بحثا دقيقا

(الانذار) – لكون هذا الداء آفة متعاصية لا يتم شفاؤه ولكن قد تتحسن الحالة أحيانا بالمعالجة ولذا يلزم المريض أن يفعل كافة الوسائط الصحية للتخلص من غوائل المرض وفي النزلة الشعبية المزمنة الثانوية التي تنغلق الشعب فيها بالمتحصلات المرضية يكون التحسين

تابع الزوال هذه المتحصلات وخطر النزلة يزداد بالامراض التى تعقبها وخصوصا الانفيزيما وتمدد القلب

(التشريح المرضى) – تتميز هذه النزلة بالاحتقان الوعائى لغشاء الشعب وبضخامة الغشاء المخاطى الا فى الاحوال المزمنة جدا للشعب فانه فيها يأخذ فى ضمور ينتهى باصابة جميع الغشاء المخاطى للشعب المتوسطة والدقيقة فيحصل من ذلك تمدد اسطوانى ويؤل الامر الى فقد مرونة تلك الشعب الناشئ من عدم مقاومتها او من ضغط متحصلات الافراز

(المعالجة) – تمنع المرضى من التعرض للمؤثرات التى تحدث المرض ولومدة من الزمن اذ المنفعة التى تعود من توجه المرضى لبلاد الحامات لاتنشأ الاعن راحتهم وتجنبهم الاتربة والهواء الغير النقى والعادة ان المصابين بنزلة شعبية مع افراز كثير يرسلون للاقاليم الجافة ولكن الاحسن لهم فى فصل الشتاء الاقامة فى بلد ذات حرارة متوسطة فان لم يمكن ذلك فلا بأس من الاقامة فى مساكنهم بشرط عدم تعرضهم للصنائع وغيرها مما يضر بصحتهم ويحذرون مما يحدث الامساك فاذا كانت أعضاء الهضم ضعيفة استحب ارسالهم الى المحلات التى فيها المياه المعدنية (كمارين بادو كارلسبادوامس) ويرشدون الى استعمال العلاج اللبنى والعنبى فان الاول ينفع ضعفاء البنية وقد مدح بعضهم الاقامة بجوار البحر المالح

وأما التباخير العلاجية فالملحية منها توافق النزلة الجافة والترمنتينا أو الجيرية بواسطة الشيشة (نرجيلة مخصوصة) توافق أصحاب الافراز الكثير والمعالجة الهوائية تنفع فى هذا المرض بواسطة جهاز جيرتل وشنيسلر

وأما الوسائط الباطنية فنعد منها المياه المعدنية كما سلس وويشى وأمس وغيرها وكذا عرق الذهب وأبومورفين والبلاسم الترمنتينية التى يلزم أن يكون مقدارها فى المحافظ من ٢ الى ٣ جرامات فى اليوم وفى اللبن من خمس نقط الى عشر فى كل مرة ومنها الاتروبين الذى يستعمل فى حبوب أو فى محلول بأن يؤخذ منه ١٠ ملليجرام

ومن الكؤل كمية كافية لحله
ومن الماء ٢٠٠ جرام } ثم يستعمل منه فى اليوم ملعقتان أو ثلاث

ولا تستعمل المسكنات الا اذا حصل هناك آلام واستعمال المياه الباردة والحامات يقوى الصدر

وينبغى معالجة الامراض المصاحبة أو المضاعفة بواحد من هذين المركبين اللذين يقسمان الى عشر ورقات يؤخذ منها كل يوم ثلاث

الكبريت المذهب للانتيمون من ٢ر٠ سنتى الى ٣ر٠
مسحوق السكر ٣ر جرام

خلاصة البنج ٢٥ر٠ سنتى
مسحوق جذور عرق الذهب ٢٠ر٠ «
مسحوق النعناع الفلفلى ٣ جرام

أو يؤخذ من البوليجالا ١٠ جرامات تغلى فى ٢٠٠ جرام من الماء ثم يضاف اليها من

السائل النوشادرى اليانسونى ٤ جرام
معسل بصل العنصل } من كل ١٥ «
شراب البرتقال
} ويتعاطى منها فى كل ساعة ملعقة

(المبحث الثالث)

(فى الالتهاب الشعبى العفن)

هو شكل التهابى مواده المخاطية المنفرزة عفنة تصير البصاق نتنا جدا واسباب هذا الالتهاب المعتادة تنحصر فى دخول باكتيريا التعفن فى الشعب بواسطة هواء الشهيق ويندران يضاعف هذا الشكل غنغرينا الرئة الناتجة عن انسداد والوسائط التى تساعد على ادخال الاصول العفنة فى الشعب بالهواء عديدة الا ان المخمرات لا تحدث التعفن الا اذا تشبثت فى الشعب وكثر عددها ويساعد على التصاقها وتولدها التغيرات المرضية للشعب فالكثير من الالتهاب الشعبى العفن يحدث حدوثا ثانويا عقب أمراض رئوية مزمنة مختلفة ويمكن ان الالتهاب الشعبى الحاد ينتقل الى الالتهاب الشعبى المزمن وحينئذ أدوار البصاق تتعاقب بمساعدة تمدد الشعب التى تراكمت وتخمرت مواد الافراز فيها ومتى تم التعفن فى جزء من الشعب سرى فى بقيتها ويندران يظهر الالتهاب الشعبى العفن ظهورا أوليا فى رئة ذات هيئة سليمة ومتى ظهر فيها سمى بالالتهاب الشعبى العفن الاولى

(الاعراض) - اذا ظهر فى اثناء أى مرض رئوى التهاب شعبى عفن ففى ابتداء ظهوره تثقل الاعراض العمومية والموضعية فالعمومية هى الحمى التى تكون شديدة مصحوبة بقشعريرات وشدة أعراض الصدر كالالم والسعال وأما الموضعية فهى تغير البصاق الذى عرّفه (تروب) بالرائحة الكريهة المنفرة المنتشرة منه وبزيادة كميته عادة وبقوامه المائع واذا ترك فى اناء تكون منه ثلاث طبقات متميزة عن بعضها فالعليا تكون رغوية مخاطية قيحية مكونة من كتل تدفية أخيطتها متصلة بالطبقة التى تحتها وهى المتوسطة المكونة من سائل مخاطى مخضر وسخ والسفلى مكونة من مواد قيحية سميكة راكضة وبالنظر يرى فى سائل الافراز كمية من مواد حبيبية وأخرى سائلة سنجابية مائلة الى البياض واذا وضعت نقط من النفث بين صفيحتى زجاجة الجسم المرئى للميكروسكوب ترى فيها اجسيمات متفرقة صديدية ومواد فضلية وباكتيريا وكمية وافرة من حمض دهنى على شكل ابر مجتمعة

وقد توجد مواد فطرية على شكل حزمة من ألياف مرنة وهذا العنصر لا يشاهد فى التهاب شعبى بسيط بل فى الالتهاب المصاحب لآفة رئوية كغنغرينا الرئة وبالتحليل الكيماوى للبصاق وجد فيه العناصر التى اعتيد وجودها فى التعفن كالحوامض الدسمة الطيارة وخصوصا الزبديك والفاليريانيك وغاز الايدروجين وغاز الايدروكبريتك واللوسين والتيروزين وفضلا عن كون رائحة البصاق كريهة تكون نكهة المرضى كريهة جدا مهوعة لمن جاورهم

واما البحث على الصدر فعلاماته تشترك غالبا مع الالتهابات الشعبية الاخرى فكثيرا ما نجد فى علاماته سماكة أو سكليروز الرئة أو التهابا رئويا الى غير ذلك من العلامات التى ليست خاصة بالالتهاب الشعبى العفن وأكثر ما يضاعف هذا الالتهاب هو التهاب رئوى فصى يمتد حتى يكون التهابا رئويا حقيقيا ثم ينتقل أحيانا الى غنغرينا وحينئذ يوجد غالبا بورات غنغرينية مختلفة الحجم بجوار الشعبة المريضة فاصطحاب هذا الالتهاب الرئوى بالغنغرينا الرئوية كثير لارتباطهما مع بعضهما وليس هنالك حد فاصل بينهما واذا امتد التهاب الرئة صادف التهاب البليورا ومن الجائز ان يكون صديديا ويمكن ان تصاب الشعب الصغيرة أو المتوسطة وتبقى مدة

(التشخيص) - تشخيص الالتهاب الشعبى العفن سهل لانه يعرف بتعفن البصاق وبه يستدل على حالة عفنة فى الرئة وفى بعض الاحيان قد يكون عسرا لاشتباهه مع غنغرينا الرئة ولا يزول هذا الاشتباه الا بالعلامات الناتجة من البحث على الصدر كالاصمية والنفخ الشعبى والخراخر الكبيرة والالياف المرنة ووجود ندف من المنسوج الرئوى فى البصاق لانها هى العلامات الحقيقية لوجود الغنغرينا

(السير) - سير هذا المرض بطئ مزمن خصوصا فى الابتداء مهما كان سببه وقد يحصل تحسين ظاهرى أو شفاء وقتى ثم يعود ثانيا فيحصل للمريض سعال وعسر فى التنفس وحمى وغير ذلك مما تقدم وقد ينتفخ وجهه ويصير لونه منتقعا أى سيانوزيا قليلا وقد تحصل أوزيما فى الاطراف السفلى وغثيان وقئ ينشأ غالبا من ازدراد مواد البصاق العفنة وآلام روماتسمية

وخطر هذا المرض يتعلق بامتداد الالتهاب الى الرئة وبحصول الغنغرينا وتشاهد هذه الحالة كثيرا عند من يعيشون فى جو غير صحى

(الانذار) - فى جميع احوال هذا المرض لا يحكم بحقيقة الانذار ولكن متى احترست المرضى وعاشت فى وسط صحى جيد يمكن أن تمكث عدة سنين بحالة سليمة غير أنه ينتظر شدة الاعراض والانتهاء المحزن

(التشريح المرضى) - تشاهد مادة البصاق على سطح الغشاء المخاطى كتلة وسخة حبيبية كما تشاهد تغيرات الغشاء المخاطى وتسلخاته والتغيرات المرضية للامراض المصاحبة

(المعالجة) - أول شئ يجب علينا هو ازالة العفونة الآتية من الشعب بتبديد أصلها العفن وان كان الوصول اليه عسرا بسبب أنه لا يمكن توصيل مضادات العفونة الى الغشاء المخاطى بكمية كافية ودرجة تركز مستوفاة لكن باستعمال التباخير الموافقة لذلك تحسن الحالة فان التباخير بحمض الفينيك ٢ فى المائة مرارا فى اليوم كل مرة تختلف من خمس دقائق الى عشر فقط نافعة لان المريض لا يمكنه أن يتحمل استمرارها اذ ربما يحدث تسمما وأمارات أسياوسامة ويظهر البول الكربونى الاسود وقد يستعمل المسك الفينيكى (الوجه الصناعى) المكون من شامل فيه قطن مغمور بحمض الفينيك وبالكؤول أجزاء

متساوية أو تستعمل أدوية أخرى مصحوبة بالترمنتينا أو الكيريازوت (روح القطران) واستعمال الترمنتينا كثيرا والتبخير بها أو بالتربين جيد النفع وقد ينجح استعمال زيت الصنوبر بمفرده أو مع الترمنتينا فى نرجيلة وقد تستعمل خلات الرصاص من الباطن من ٠,٥ ديسى الى ٠,١٠

وانى استعملت التباخير باليودوفورم المحلول فى زيت الصنوبر فنجح والحمد لله ثم ان المعالجة التى ذكرت فى الالتهاب الشعبى المزمن يمكن استعمالها هنا بشرط أن تكون موافقة للاعراض الموجودة ويلزم تبخير المباصق وقاعة المريض بحمض الفينيك أو بوضع مقدار يختلف من ١٠ نقط الى ٢٠ من روح الترمنتينا فى اناء ويصب عليه ماء حار ثم يتنفس من بخاره

(المبحث الرابع)

فى الالتهاب الشعبى الغشائى الكاذب

هذا المرض يسمى بالكروپاوى ويسمى بالليفى وهو نوع نادر ذو صفات مخصوصة لانه يكون نضحا التهابيا ليفيا فى مسالك الهواء ويكون أصليا وتابعا والغرض هنا التكلم على الالتهاب الشعبى الكروپاوى الاصلى الذى يطرأ على المتمتع بصحة جيدة لا التابعى الذى يظهر عقب دفتيريا الحلق والبلعوم أو الحنجرة أو الالتهاب الرئوى الدفتيرى أو أثناء التيفوس البطنى

(الاسباب) - سبب هذا المرض غير معلوم لنا لاشتباهه مع الالتهابات الكروپاوية الاخرى والسن الاكثر عرضة له يكون من ١٠ الى ٣٠ سنة واصابته للذكور أكثر منها للاناث

(الاعراض والسير والتشخيص) - يظهر الالتهاب الليفى الاصلى على أشكال مختلفة وأكثرها الشكل الحاد والمزمن

أما الشكل الحاد فيبتدئ فجأة بحمى وسعال وآلام صدرية وعسر فى التنفس شديد وان تأخر ظهور هذا الاخير نحو أربعة أيام فقط وحينئذ يشاهد افراز بطىء من البصاق الذى هو الواسطة فى تتميم التشخيص وهذا الافراز لكونه كان مالئا التجاويف الشعب يخرج

على شكل أنابيب ذوات لون أبيض وقوام متين مرن والجزء الغليظ منها يصل الى مللى واحد وينقسم الى فروع مزدوجة وأطول كتلة منها تبلغ من ١٠ مللى الى ١٥ واذا قطعت عرضا يرى أنها مكونة من اسطوانة غشائية مركزها خال ومركبة من صفائح أكثر نقطها منتبرة أو سميكة وبالميكروسكوب يشاهد فى الكتلة الشفافة كرات بيضاء وأحيانا حمراء وخلايا بشرية ذوات اهداب اهتزازية وبلورات مثمنة مستطيلة تشبه بلورات الربو الشعبى وقد يشاهد أيضا فى بصاق هذا الالتهاب أخيطة حلزونية والاغشية تقبل الذوبان فى السوائل القلوية خصوصا فى ماء الجير لكون تركيبها الكيماوى من الزلال المتجمد المذكور آنفا

وبالسعال تخرج أيضا مادة مخاطية أو مخاطية قيحية تعلو على المتحصل المتجمد ولا يعرف ذلك الا اذا ألقى متحصل البصاق فى الماء فالتفرعات الغشائية تمدد حينئذ وفى بعض الاحيان يختلط البصاق بكمية من الدم

والملل العمومى يزداد أحيانا وقد يصل عسر التنفس الى درجة يخشى منها ولا يزول الا بعد حصول نوب سعال تقذف مواد بصاقية ذوات حجم كبير ولا تحصل هذه النوب الامرة فى كل يوم أو يومين وقد تكون اعراضها خفيفة

وبحث الرئة لا يظهر شيأ مميزا لهذا الداء كما أن القرع فى الاحوال التى ليس فيها مضاعفة لا يظهر لنا علامات غير طبيعية ولا يوجد كثيرا الاعلامات انفيزيما الرئة وأما بالتسمع فيحس بخرا خر جافة ورطبة مميزة للنزلات مالم يسد فرع غليظ من الشعب فان حركات الهواء وخريرا لحويصلات تقف تقريبا عن هذا الجزء ومتى خرجت عاد التنفس

وتمكث هذه الحالة الحادة من بعض أيام الى بعض أسابيع وعندما يأخذ المرض فى الشفاء تتناقص الحمى ويقل عسر التنفس وتزول الاغشية من البصاق ثم يحصل تمام الشفاء ويبقى كذلك مدة سنين وفى الاحوال الخطرة ينتهى الالتهاب المحزن بانطفاء التنفس وتعذره والشكل المزمن لا يحل محل الحاد الا نادرا

وأما الشكل المزمن فيمكث سنين وفى اثنائها تتزايد الاعراض ويوجد المواد الليفية حتى يكتسب المرض شكل النزلة البسيطة وأكثر المرضى لا يتأثر من هذه النزلة مدة سنين

كما شوهد ذلك و بعضهم يصير عرضة لحصول الدرن الرئوى

(الانذار) يلزم فى الحاد الاحتراس اذ قد تقرر ان ربع أحواله ينتهى بالموت وفى المزمن أيضا لانه عرضة للنكسات ومدته طويلة ولكنه أقل خطرا من الحاد اذا لم تحصل مضاعفة

(التشريح المرضى) - لندرة حصول هذا الداء منفردا لا يتضح بالتشريح ما يدل عليه خاصة وأما التغيرات المرضية الرئوية التى تشاهد فتكون ناتجة عن المضاعفات كالالتهاب الرئوى والبليوراوى والدرن

(المعالجة) - تستعمل التباخير التى من خواصها اذابة الاغشية فقد وصوا باستعمال التهابيل المكونة من ٢ الى ٥ جرامات من بى كربونات الصودا فى مائة جرام من الماء ويعطى من الباطن يودور البوتاسيوم أو بى كربونات الصودا فان ذلك يفيد فى كثير من الاحوال وكذلك المرهم الزئبقى دلكا و يساعد اخراج البصاق بالمنفثات كالبوليغالا أو بالمقيئ ولا يعلم دواء يمنع حصول النوبة فى الشكل المزمن أما علاجها فعين العلاج الذى يستعمل فى النزلة الشعبية المزمنة المعتادة

(المبحث الخامس فى السعال الديكى)

السعال الديكى هو مرض يعرف بسعال تشنجى يأتى على نوب

(الاسباب) - منها الطفولية اذ الاطفال عرضة له أكثر من غيرهم ومنها الحالة الوبائية فقد يعقب وباء الحصبة ويوجد فى المدن على شكل منفرد وفى محل اجتماع الاطفال ومأوى الفقراء وما أشبه ذلك ومنها العدوى فقد شوهد اصابة جملة أطفال من عائلة واحدة واحدا بعد آخر والظاهر ان هواء الزفير هو الحامل للاصل المعدى لهؤلاء الاطفال ومتى بلغوا ست سنين قلت اصابتهم به ومع ذلك فمن الجائز اصابته للكهول الا انه يكون عندهم خفيفا سليم العاقبة

وهذا المرض وان علم انه من الامراض العفنة لكن لم يتبين فيه الاصل المعدى تبينا قطعيا كما تبين فيها وان شوهد فى بصاق المصابين به نوع فطر ثم متى ظهر هذا الداء عند شخص أمن من حصول النكسة

(الاعراض

(الاعراض والسير) - يبتدئ هذا المرض باعراض من جهة القصبة والشعب لكنها لا تحقق وجوده الا اذا كانت الحالة وبائية وحينئذ يكون السعال شديدا ونوبيا ثم ان لهذا المرض دورين نزلى وتشنجى فالنزلى يكون أحيانا مصحوبا بزيادة عن اعراض النزلة الشعبية البسيطة بزكام أو التهاب ملتحمى خفيف وبتهيج للاطفال وحمى سيما وقت المساء فتصل درجة الحرارة الى ٣٩ أو الى ٤٠ ومدته تصل الى ٨ أيام أو ١٠

وأما التشنجى فسعاله شديد يأتى على نوب متفرقة متصلا أحيانا بشهيق وجائز ان يكون سببه تأثيرا عصبيا مخصوصا والحمى فيه تزول نهارا أو تنقص ثم تزيد ليلا حتى تصل درجتها من ٣٨ الى ٣٩ وسعال هذه النوبة يكون شديدا مصحوبا بصفيرات من تشنج المزمار وفى مدتها يصير وجه الاطفال سيانوزيا (منتقعا) وينتفخ جلد أجفانهم وتحتقن أوردة عنقهم وتدمع أعينهم وتحتقن أيضا بدرجة زائدة فى بعض الاحيان حتى تكون فى الملتحمة كدم وقد يحصل رعاف أو انسكاب من بعض الاعضاء كالانف والمخ والجلد وغيرها وينزل البول والغائط بدون ارادة بسبب انقباض عضلات البطن ولا يندر حصول قيئ قبل أو بعد النوبة

وتكرر النوب وشدتها يختلف بحسب الاحوال ويندر ان تكون غاية فى الشدة أما وقوف التنفس فيطرأ دفعة مهددا بحصول اسفكسيا مصحوبا بانقباض وتقلص عضلات الجسم واذا سعل أحد الاطفال فى مكان سعل كل طفل قريب منه وبعد زواله تكون الاطفال فى تعب وفتور همة وقد ترجع لبعضهم صحتهم الاصلية قبل النوبة فيفرحون ويأكلون كالمعتاد ومما ينشأ عنه حصول السعال ضغط الحنجرة والصريخ

وقد يشاهد أيضا قروح سطحية على قيد اللسان ناتجة من فعل ميخانيكى يؤثر بواسطة الاسنان على اللسان عند خروجه من الفم وقت السعال

وبالبحث عن الرئة لم نجد فيها شيأ غير سماع خراخر رطبة اذا كانت سليمة ومدة هذا المرض فى هذا الدور تكون عادة من أربعة أسابيع الى ستة وقد تصل فى أحوال أخرى الى ١٢ أسبوعا ويؤل الامر الى الشفاء اذا لم تحصل مضاعفات

(المضاعفات والامراض التابعة له) ـ المضاعفات والامراض التابعة للسعال الديكى ليست كلها ناتجة عن أصله المرضى فقط بل لاستعداد الشخص ومجاورة العضو لهذه الامراض دخل فى ذلك وأهم المضاعفات وأكثرها مايكون مجلسه الرئة اذ ينشأ عنه التهاب رئوى نزلى أو فصيصى عند بعض الاشخاص ومن أجل أن مسير هذا الالتهاب من الشعب الصغيرة يصير التنفس بطيأ سطحيا فى فترات النوب والحمى مرتفعة والاعراض زائدة واذا ابحثنا فى هذه الحالة على الجزء الاسفل للصدر من جهة أو جهتين نجد اصمية وخراخر رطبة تستمر مدة زمانية ومن طول زمن المرض تضعف الاطفال وتنحف وتموت

وأما المضاعفات الناشئة من جهة الاعضاء الاخرى فنادرة وغايتها ان قوى الطفل تضمحل ومما شوهد منها الكروب الدفتيرى عارضيا فى مرئ وحنجرة بعض الاطفال وقد وجد فى مخ طفل مات بالسعال الديكى ارتشاح مصحوب بنقط دموية سكتية وكان يكابد تشنجات وخمود تام قبل الوفاة

ونعد من ضمن الامراض التابعة للسعال الديكى الانفيزيما الرئوية المتسببة عن تمدد الحويصلات الرئوية من مجهود السعال وكذا الالتهاب الشعبى فانه يتمدد عقب هذا المرض وقد شوهد حصول الدرن الرئوى عقبه أيضا عند ضعفاء البنية ومن هم عرضة للدرن

(التشخيص) ـ لا يتحقق من تشخيص السعال الديكى الا فى دوره الثانى أى الدور التشنجى فمتى ظهرت اعراضه المذكورة آنفا لا نشك فى وجوده لان صفة السعال السابقة ومدته لا توجدان فى غيره من امراض الشعب والرئة فشدة سعاله النوبى وانتفاخ الوجه وكدم الملتحمة وتقرح قيد اللسان كلها علامات محققة للتشخيص وعند الاحتياج لايجاد السعال يضغط على الحنجرة

(الانذار) ـ انذاره يكون جيدا عند الاطفال صغيرى السن المتمتعين بصحة جيدة وخطرا عند غيرهم ويلزم أن تخبر أقاربهم بطول مدته وان تلاحظ المضاعفات عند ظهورها

(المعالجة) ـ يجب حفظ الاطفال ما أمكن من التعرض للاصابة بالسعال الديكى مدة وبائه واتخاذ ما يمنع حصول العدوى بعزل المريض عن السليم وابعاده عنه لان المعالجة نوعان وسائط صحية ووسائط دوائية فالصحية تنحصر فى وضع المرضى بقاعات فسيحة معرضة

لدخول

لدخول الشمس والهواء النقى الجيد للتنفس ولابد ان ترش زمنا فزمنا بماء فينيكى أو تعلق فيها خرق مبلولة به ثم متى زالت الحمى تخرج المرضى فى الهواء النقى ولذلك يستحب ارسال المرضى من المدن الى القرى ولابد ان تكون أغذيتهم رطبة جيدة ولاجل التحفظ من الالتهاب الرئوى أوصى باستعمال الحمامات الساخنة

وأما الدوائية فلم ير لغاية الآن دواء يتم نجاحه هنا مع كثرة ما استعمل فى هذا المرض من الادواء ومن ضمنها الكينين وست الحسن وبرومور البوتاسيوم فالكينين يعطى من ٠٫١ ديسى الى ٠٫٣ ومسحوق ست الحسن من ٠٫٠٠٣ مللى الى ٠٫٠١ سنتى وخلاصتها من ٠٫٠٠٣ مللى الى ٠٫٠٠٥ مللى وأما برومور البوتاسيوم فيعطى من جرام الى ٣ جرامات واذا أريد اعطاء كبريتات الاتروبين فلا يزيد عن ٠٫٠٠١ مللى

وتستعمل أيضا التباخير المسكنة كهذا المركب

كلوروفورم ٠٫٣٠ جراما

ايتير ٠٫٦٠ «

روح الترمنتينا ٠٫١٠ «

ثم يوضع من ذلك بعض نقط على منديل للاستنشاق منه وقت النوبة

وقد استعمل أيضا مس الحلق بالكوكايين ١ على ١٠

وقد جرب استعمال الادوية المضادة للعفونة فلم يحصل منها نجاح تام أيضا وأحسنها حمض الكربوليك وروح الترمنتينا والبنزين بأن يوضع بعض نقط منها على اسفنجة مغمورة فى ماء ساخن ثم يروّح الطفل من بخارها

(المبحث السادس فى تمدد الشعب)

هذا المرض وان كان يتبع عدة أمراض شعبية ورئوية الا ان بعض أحوال منه تستحق ان تعتبر مرضا قائما بنفسه ولذلك شكلان أحدهما اسطوانى وهو الكثير والثانى بيضاوى أو حلقى

فالتمدد الاسطوانى يشاهد شاغلا لجزء تام من الشعب ويصحب أو يعقب الالتهاب الرئوى أو الشعبى والانفيزيما والدرن الرئوى وسببه الرئيس ضمور الغشاء المخاطى وكذا اتساع

الصـدر وضغط متحصـل الافراز على الجزء المتمدد ويعرف هـذا التمدد بعلامات النزلة الشعبية المزمنة وبوجود الافراز بكمية زائدة مائعة وبزيادة رنانية الصدر فى الجزء المصاب وأما التمدد البيضاوى أو الحلقى فيشغل بعض سنتيمترات من الشعب ويضمر فيه أيضا الغشاء المخاطى حتى يفقد صفاته وتشترك الغضاريف معه فى الضمور فيتبطن الكهف الشـعبى بغشاء رقيق وهذا الشكل يشاهد عند المصابين بالانفيزيما الرئوية بكيفية استثنائية والسبب هنا هو عين السبب المذكور فى الاول الا أن هذا التمدد سواء كان منفردا أو متعددا يكون محاطا بمنسوج رئوى وخلوى متين ضامر وتشترك البليورا معه فى المتانة ان جاورته وقد يكون التمدد والضمور قاصرين على فص رئوى ولذلك عرفوه حينئذ بالالتهاب الرئوى المزمن الخلالى

وسير هـذا المرض يتعلق بطبيعة المرضى فالتمدد الاسـطوانى الناشئ من النزلة الشـعبية الخطرة (سعال ديكى حصـبة تيفوس) يحصل بالتـدريج ويمكث مدة ويزول وبالعكس التمدد البيضاوى ويندر أن ينتهى بالشفاء اذا انسدت الشعب وقد يمكث المرض مدة جيدا على حسب أحواله ووقوف سيره فتبقى الحالة العمومية مدة طويلة بلا تغير فيها ثم فى الاواخر تحصـل عوارض خطرة كعدم كفاية فى صمام القلب (سيانوز ضيق نفس أو زيما) أو مضاعفات أخرى (انفيزيما درن التهاب رئوى فصى غنغرينا الرئة الخ)

(التشخيص) – معرفة تمدد الشعب الغليظة ليس صـعبا ولكن منعا لاشتباهه بالدرن يلزمنا أن نتذكر أن هيئة الكاشكسيا لا توجد هنا بل توجـد الحالة السيانوزية وأن بنان المصابين بالدرن تكون منتفخة انتفاخا غير متناسب ويكون باقى أعراض التمدد كما فى النزلة العفنة ولا توجـد حمى عادة مادامت المضاعفات مفقودة ويكون البصاق متزايدا مكونا ثلاث طبقات خاليا من الباسيل الدرنى ولا يوجد هكذا فى الدرن الا نادرا

(المعالجة) – يلزم أن توجه المعالجـة الى أسـباب المرض ومايضاعفه وحينئذ تكون هى معالجـة النزلة المزمنة والعفنة والانفيزيما

(المبحث السابـع فى ضيق القصبة والشعب)

أما ضـيق القصـبة فينشأ من امراض محلها نفس القصـبة أو الاعضاء المجاورة لها كالـ

فى عدمها

(التشخيص) - بالاعراض التى ذكرناها يتميز ضيق القصبة انما الاجل تعيين مجلسه ومعرفة نوعه وتميزه عن ضيق الحنجرة يلزم البحث عن الحنجرة بواسطة المنظار الحنجرى وان صعب على المرضى لضيق القصبة

(وأما القسم الثانى) وهو ضيق الشعب ونعنى به هنا ضيق أى شعبة من الشعب الغليظة فينتج غالبا من دخول جسم غريب فيها وقت الاكل أو النوم عند حصول تنفس شديد ودخول ذلك من الجهة اليمنى أكثر من اليسرى لاتساعها عنها وقد يكون أيضا ضيق اليمنى من ضغط أو نورزما الأورطى ومن أورام الحجاب المنصف ومن العقد اللينفاوية الضخمة وغير ذلك وأما ضيقها من الجهة اليسرى فيحصل من الازين اليسارى المتمدد وقد شوهد فى ضيق صمام مترال

(المعالجة) - لكون المعالجة الخاصة بضيق القصبة والشعب تتعلق بالسبب لا يتيسر لنا اتخاذ قاعدة لها الا أن بعض أحوال خصوصية كالضيق الالتحامى يعالج بواسطة طريقة ميخانيكية أى التمدد اذا كان مجلس الضيق القصبة وكذا استخراج الاجسام الغريبة من مسالك الهواء يعالج بالعمليات الجراحية واستعمال المقيئ وان ظهر منه نفع لكن لا يخلو من الخطر اذ من الجائز أن ينحصر الجسم الغريب فى المزمار فيحدث الاسفكسيا

(المبحث الثامن فى داء الربو الشعبى)

الربو الشعبى مرض ذو صفات مخصوصة وان كان سببه متعددا فيتصف بعسر التنفس الآتى على نوب مختلفة الشدة وسبب ذلك ليس نتيجة تغير عضوى فقط بل يكون أيضا من تنبيه المجموع العصبى وهذا المرض وان كان لا يظهر الا فى سن الكهولية لكنه ربما يوجد فى زمن الطفولية واصابته للرجال أكثر من النساء ومن أسبابه الوراثة والمزاج العصبى

(الاعراض والسير) - أعراض الربو التام تعلن بضيق النفس لان نوبته تستمر زمنا مختلف المقدار وتحدث تارة عقب أسباب معلومة وتارة بلا سبب محسوس

(صفة النوبة) - تبتدئ نوبة الربو تارة فجأة وتارة تسبق بعلامات كملل عمومى واحساس

غير

غير طبيعى فى الحنجرة وفى القسم الشراسيفى وأحيانا بتثاؤب متعاقب وقد تسبق بنزلة أنفية شديدة مصحوبة بافراز غزير وعطاس متكرر والغالب فى النوبة أن تبتدئ ليلا فاذا كانت خفيفة استيقظ المريض من نومه مستشعرا بعسر التنفس وضيق شديد فى الصدر وقد يحس بألم جهة القلب يلزمه القيام من الفراش وفى الاحوال الخطرة يهب متلهفا على استنشاق الهواء من المنافذ منتقع اللون يعلو وجهه عرق بارد وفى لحظة يسيرة يتنوع طرز التنفس بكيفية مخصوصة فيصطحب الشهيق والزفير بصفير يسمع من بعد ولا يتم التنفس حينئذ الا بفعل مجهود بالعضلات المساعدة له وفى مدة الشهيق ترتفع الاجزاء العليا للصدر أكثر من غيرها ويرتسم فى العنق علامات شدة الشهيق خصوصا فى العضلة القصية الترقوية الحلمية فانه يكون منقبضا وقد تنقبض عضلات البطن فتصير متينة كالخشب وحينئذ يشتد عسر التنفس وفى كثير من الاحوال تكون سرعة التنفس عادية وقد تصل فى الدقيقة الى ٣٠ أو ٤٠ والنبض حال النوب يزداد والحرارة تنقص أو تكون طبيعية وقد تزيد فى النوب الطويلة حتى تصل الى ٣٩ درجة ومدة النوبة تختلف من بعض ساعات الى بعض أيام ويندر أن تكون بعض أسابيع كما يندر الانتهاء بالشفاء خصوصا عند الاطفال

(وأما البحث على الصدر مدة النوبة) - فبالقرع نسمع صوتا طبيعيا أو أخرس (صوت علبة فارغة) ونعلم ان الرئة نزلت من موضعها الطبيعى ودفعت المسافة بين الاضلاع وان الحجاب الحاجز انخفض وبالتسمع نسمع فى امتداد الصوت خراخر صفيرية صغيرة خصوصا فى حركات الزفير فانها تعطل الخرير الحويصلى وتعلم أن اللغط التنفسى يزول من بعض أجزاء الصدر أو يكون فيها بعض خراخر صغيرة زفيرية تصير فى انتهاء النوبة حادة شخيرية وقد يسمع فى بعض الاحيان خراخر فقاعية

وأما السعال والبصاق فلا يوجدان فى النوب القصيرة ويوجدان فى النوبة المستطيلة ويجلب السعال بعض بصاق مخاطى لزج يوجد فيه غير العناصر المعتادة بعض ندف صفراء وخضراء وفى بعض الاحيان ندف كثيرة ذات لون رمادى دال على هذا الداء وبالميكروسكوب نرى البصاق مشتملا على خلايا بشرية ذوات اهداب اهتزازية

وعلى ألياف ملتفة على نفسها وعلى جسيمات قيحية استحالت الى الاستحالة الشحمية وعلى بلورات مثمنة مستطيلة استكشفها (لايدن) فى البصاق وهى بالنظر لتركيبها الكيماوى تشبه بلورات (شاركو) التى ذكرت فى الطحال ذى الكرات البيضاء وفى النخاع العظمى وفى المنى وغيره وتكون غالبا العنصر الفوسفاتى لمركب ذى قاعدة مخصوصة ومتى انتهت النوبة قلت تلك البلورات

ثم ان الالياف التى ذكرت يرى بعضها بالعين العارية وبعضها بالنظارة المعظمة وقد علمت اصابتها بما حققوه من أنها تأتى من تجاويف الشعب الصغيرة

ثم ان المصابين بالربو الاصلى تكون حالتهم زمن الافاقة طبيعية لا توجد علامة مرضية عندهم بالنسبة للتنفس والدورة بخلافها عند المصابين به تابعا لمرض آخر مثل النزلة الشعبية والانفزيما الرئوية لان الانفزيما الرئوية تضاعف نوب الربو المتكررة كما أن نوب الربو تضاعف أمراض القلب أحيانا وحينئذ سمى بالربو القلبى

(مذاهب سبب داء الربو) — لما كان لداء الربو صفة خاصة اختلف المؤلفون فى سببه فمنهم من قال ان سببه هو الاحتقان الشديد للغشاء المخاطى الشعبى الذى يحصل من تمدد الاوعية بأى تأثير عصبى أو بالتهاب ومنهم من قال ان سببه انقباض وتقلص فى الحجاب الحاجز الأن طرز حركات هذا الحجاب يتم فى حركات التنفس ومنهم من قال ان السبب منحصر فى أمراض الانف التى ذكرناها ومنهم من قال فى استنشاق بعض روائح كرائحة عرق الذهب والبنفسج ومنهم من قال فى أمراض اللوزتين والمعدة أو القلب وغير ذلك ولكن لا يركن الى هذه الاقوال لانها مبنية على اصابة داء الربو ان هو مصاب بهذه الامراض والمذهب الا كثر اتباعا هو ما أبداه (تروسو) وأقره (بيرمر) من أن سبب هذا المرض ينحصر فى تشنج عصبى فى الالياف العضلية للشعب الصغيرة وبذلك نعلم سبب حصول الخراخر الصفيرية اذ بهذا التشنج تنغلق الشعب وقت الزفير وينحبس الهواء فى الحويصلات الرئوية فيزداد حجم الرئة وتتجه الى أسفل فتضغط على الحجاب الحاجز فتحصل الخراخر وبهذا المذهب أيضا يسهل تفسير حصول النوبة فجأة وزوالها فجأة

وقد قيل ان السبب الذى أحدث هذا التشنج هو مرض عصبى لكن لما كان هذا غير

كاف فى التفسير قال (لايدن) ان التشنج حاصل من فعل منعكس آت من تنبيه الغشاء المخاطى الشعبى ببلوراته التى اكتشفها لكن يعكر على هذا الرأى ان البلورات لم يتحقق وجودها قبل حصول أول نوبة من الربو ولم تتناسب مع النوب فضلا عن وجودها فى الانفزيما الرئوية التى لا يوجد فيها نوب ربوية

واما نحن فنشارك (ستروبل) فى القول بان سبب الربو هو استعداد مخصوص فى الغشاء المخاطى المبطن للشعب خصوصا الصغيرة التى تتشنج اليافها من تأثير فعل منعكس الأننا نضيف الى ذلك تنبيه الغشاء بالمؤثرات الجوية كتأثير برد أو دخول هواء متحمل بأتربة أو أبخرة مهيجة أو تنبيه عضو من الاعضاء التى لها اشتراك فى العصب الرئوى المعدى فكل ذلك له تأثير فى حصول النوبة عند المستعدين لها

(التشخيص) — يكون سهلا متى علم مجموع الاعراض وسير المرض لكن يجب بحث الصدر لتمييز هذا المرض عن الامراض الاخرى التى ينشأ عنها ضيق التنفس فان ضيق النفس يتميز فى كل من تشنج المزمار وتمدده وشلل عضلاته باستمراره فيها عما فى الربو ويتميز الحاصل من الربو القلبى والاستيرى والتشنج العصبى عن الحاصل من الربو الشعبى بسيره ونوبته المذكورين

(الانذار) يندر حصول الخطر الفجائى من نوب هذا الداء مهما كانت شدتها ولكن تمام شفاء المرض نادر جدا الان النكشة معهودة هنا ولو طال الزمن واما الانفزيما الرئوية فتزول بعد مدة طويلة

(المعالجة) — يلزم منع الاسباب المحدثة للنوبة ان أمكن فقد ثبت بالمشاهدة زوال الربو بعد استئصال البليبوس الانفى بالكاوى الكهربائى ولذا تجب دقة البحث على التجويف الانفى قبل المعالجة

وأما المعالجة الدوائية فهى استعمال يودور البوتاسيوم يوميا من ١ جرام الى ٣ لانه يحسن الحالة تحسينا مستمرا ان لم يحصل تمام الشفاء ثم اذا لم تحصل هذه النتيجة يؤخذ جرامان من نترات الصودا ويمزجان فى ١٢٠ من الماء ويعطى المريض منه من معلقتين صغيرتين الى ثلاث فى اليوم ويؤخذ من النتروجليسرين من نقطتين الى أربع فى جرعة

تكرر ثلاث مرات فانه جيد النفع أيضا وتنفع الكيناوبروموراالبوتاسيوم والبلادونا والاتروبين والزرنيخ واستعمال الهواء المضغوط والكهربائية والماء البارد وتغيير الاقليم والاقامة فى محلات مرتفعة جبلية

وفى الاحوال الخطرة تكون المعالجة عرضية فتعالج النوبة باستعمال المسكنات وللافيون هنا نفع فيستعمل الحقن تحت الجلد بالمورفين انما يلزم عدم تكراره وقد أوصى (جرمنسى) باستعمال البيريدين فيوضع منه من ٤ جرامات الى ٥ فى اناء ويستنشق منه ثلاث مرات فى اليوم كل مرة تمكث ربع ساعة وتستعمل المحولات كالخردل والحمامات الساقية والقدمية واليدية وقد استعمل الكلوروفورم والاتيرنتريك تباخيرا وبخار النتريداميل بوضع بعض نقط منه فى اناء واستنشاق بخار الترمنتينا والنوشادر وبخار الورق الاوكسيجين وهو ورق مغمور فى نترات البوتاسا ومجفف وانى استعملت الداتوراوست الحسن فحصل تحسين ومن ضمن الادوية الباطنية صبغة اللوبولى

(جرعة) الكلورال المائى

ماء مقطر .... } من كل ٣ جرام

شراب البرتقال ....

يؤخذ نصف كمية هذه أولا وبعد نصف ساعة يؤخذ النصف الثانى

(جرعة أخرى)

صبغة اللوبولى ١٥,

صبغة الافيون الجاوية ٣٠,

يستعمل من هذه كل ساعة ٣٠ نقطة فى كمية من الماء المحلى

ماء الغار الكرزى ١٠,٠

ايتير البنج ٥,٠

يؤخذ من هذه ثلاث مرات فى اليوم كل مرة ١٠ نقط

وأما نحن فنستعمل فى النوبة المسكنات مثل تهابيل ايتير النتريك وورق الاوكسيجين واذا كان هناك انفيزيما نستعمل مقيئا وبعد ذلك نستعمل جرعة من منقوع صودى عليه

خلاصة ست الحسن ١٠,٠ فى اليوم وبهذه الطريقة حصل الشفاء من النوبة فى جميع أحوال الربو الشعبى ثم بغدز وال النوبة استعملنا محلولا مكونا من

ماء مقطر ٣٠٠ جرام

يودور بوتاسيوم ٢ « } ويعطى منه المريض ثلاث ملاعق كبيرة كل يوم

برومور بوتاسيوم ١٠ «

(الباب الرابع فى أمراض الرئة)

(المبحث الاول)

فى الالتهاب الرئوى النزلى أى الالتهاب الرئوى الفصيصى وهو مرض عرضى لآفات مختلفة حادة أو مزمنة

(الاسباب) — هذا المرض يحصل عادة عقب التهاب شعبى لان ما أحدث التهاب الشعب الصغيرة يحدث التهاب الحويصلات الرئوية بامتداده فيمتد الالتهاب من الشعب الصغيرة الى تلك الحويصلات ففى الشعب استعداد عادة أثناء سير التهاب الامراض الخطرة حادة أو مزمنة ومنها يمتد الى الحويصلات الرئوية وسبب ذلك أن الافرازات المخاطية للجزء العلوى لمسالك التنفس والحلق واللعاب يتعسر خروجها من الفم لداعى ثقل المرض وعدم قدرة المرضى على قذفها وكثرة استلقائهم على ظهورهم فبقاء هذه المواد وملامستها للهواء تتعفن ويتكون منها فطر وميكروب يجوز دخوله فى مسالك الهواء بحركة الشهيق فعندما يصل الى الشعب الدقيقة يمتد لحويصلات الرئة فيهيجها ويلهبها ويتكون حينئذ التهاب شعبى شعرى

ويجوز ان الالتهاب المذكور يحدث من دخول بعض فتات فى الشعب وبينها حيث كانت حركة الازدراد غير منتظمة وبهذه الكيفية يمكن تفسير حصول الالتهاب الرئوى الفصيصى فى الامراض التى تكون فيها القوة الحساسية ضعيفة كالتيفوس والالتهاب السحائى ويقاس على ذلك الامراض التى يحصل فيها فتور فى التنفس أو الازدراد كالناتجة من اصابة المراكز العصبية ومن اصابة البصلة الشوكية فينتج من ذلك التهاب رئوى

فصيصى يسمى بالالتهاب الرئوى التنفسى والازدرادى ومن الجائز أن يحصل فى هذين النوعين غنغرينا رئوية

ومن الامراض التى تظهر معها النزلات الرئوية الدفتيريا والسعال الديكى والحصبة ويمكن فى هذه الاخيرة أن السبب يؤثر فى نفس المرضين وقد دلت المشاهدات على أن النزلات الفصيصية التابعة للنزلة الشعبية تصيب الاطفال والشيوخ أما سبب وجودها عند الاطفال فكونهم عرضة للسعال الديكى وللحصبة ولامتداد الالتهاب واما عند الشيوخ فلسبب انغلاق الشعب الصغيرة

(الاعراض) - حيث ذكرنا ان النزلة الرئوية الفصيصية تحصل عقب امراض فاعراضها تختفى غالبا باعراض هذه الامراض ولا تعرف الا بعد فتح الجثة فانا نرى حينئذ جملة بؤرات التهابية فى الرئة لم يمكن الوقوف عليها مدة الحياة بواسطة الطب العمل وأما الالتهاب الرئوى المنتشر فيظهر بعلامات واضحة كضيق النفس وهو العرض المهم فيه فاذا وجد بهذه الصفة مصاحبا الامراض كالحصبة والجدرى والتيفوس والدفتيريا والقرمزية كان علامة على الموت واعراض الهجوم هنا لا تدرك لسبقها بالتهاب شعبى منتشر فى الشعب الدقيقة فلذا لا يوجد حد فاصل بينهما وأما عند الاطفال الضعاف ومتأخرى التعظم المصابين بالسعال الديكى والحصبة فتعرف بسرعة التنفس ويظهر ذلك من تحرك جناحى الانف مع حركات التنفس ومن توالى انخفاض المسافة الغضروفية الضلعية بسبب قلة الهواء الداخل فى الصدر فيصل عدد التنفس الى ٨٠ أو أكثر ويكون السعال كثيرا شاقا وأما البصاق فلا يظهر عند الاطفال الصغيرة واذا ظهر فلا تكون له صفة خصوصية وأما حالتهم العمومية فهى خطرة دائما لانهم يهيجون ثم يهدؤن ويتغير لونهم فيصير سيانوزيا ويتزايد نبضهم حتى يصل الى ١٤٠ أو ١٨٠ والحمى تدوم وحرارتها تختلف من ٣٩ الى ٤٠ ومن الجائز ان اضطراب الحرارة يدل على حصول التهاب فى جزء آخر والبحث على الصدر يدل على ظواهر مرضية توجد فى الالتهاب الشعبى كالخراخر الرطبة والفقاعية الصغيرتين وقد تكون جافة ولكن لا يمكننا حينئذ ان نحكم بأن هناك التهابا رئويا فصيصيا الا اذا وجد النفخ الشعبى والاهتزاز الصوتى أى الصوت الشعبى وبالقرع على الصدر نجد أحيانا فى بعض الاجزاء أصمية قليلة تشريطية

(السير

(السير والانتهاء) - سير هذا المرض بطىء ويمكث أسبوعين أو أكثر وقد يحصل فى اثنائهما تحسين ثم ازدياد ثم ينتهى بالشفاء واذا انتهى بالموت كان ذلك من ضعف المرضى بشدته واضمحلالهم وقد ينتهى بالالتهاب الرئوى الجبنى والدرنى أو البليوراوى المصلى الليفى أو القيحى وربما ينتهى بتكون خراج أو بغنغرينا

(التشريح المرضى) - نرى أن الالتهاب هنا يقتصر على جزء من الرئة تابع لفرع شعبى فيحصل فى هذا الجزء ضمور ويتضح بسبب الالتهاب مادة مشتملة على كرات بيضاء من كرات الدم وعلى المادة الملونة للدم فتمتلئ الحويصلات والشعب الصغيرة بالمتحصل الذى يتعفن ثم تنفصل الطبقة البشرية المبطنة للاجزاء الملتهبة وتتضح تلك الحويصلات بفقد الهواء منها وبمتانة ملمسها وبلونها الاحمر الدكن أو المزرق على حسب كمية المادة الدموية المشتملة عليها ويسهل تحديد الفصيصات المصابة ان لم تكن مختلطة ببعضها

(المعالجة) - حيث علمنا ان هذا المرض يصيب المصابين بامراض عمومية وموضعية كما فى مسالك الهواء يلزمنا ان نؤسس المعالجة أولا على الوقاية من حصوله فيستعمل تنظيف فم المريض وحفره الانفية على الدوام مع استعمال الحمامات الفاترة فانها نافعة واذا تحققنا وجود المرض نجد فائدة فى لف جسم المريض باللفائف المبلولة بالماء البارد ثم تغطيته بحرام وتجديد ذلك فى اليوم مرتين أو ثلاثة وكلما كانت الحمى شديدة كلما لزم تبريد الماء الى ٢٢ درجة ويجوز أن يضاف الى ما تقدم كمية من دقيق الخردل وحينئذ يقال لها الحمام الخردلى أو القماش المبلول الخردلى

ونعد من ضمن الوسائط التى توضع على الصدر المحمرات والحجامة وأما الادوية الباطنية فنعد منها المنفثات كالبوليجالا وحمض الجاويك وقد يلتجأ لاستعمال مقيئ عند أقوياء البنية من الاطفال وقد تستعمل التباخير من الماء أو من مغلى ملين ويستعان على حفظ قوة المريض بالاغذية الجيدة والمقويات

(المبحث الثانى فى الالتهاب الرئوى الليفى)

ويسمى أيضا بالكروباوى وبالفصى وهو مرض التهابى حمى مهم جدا ذو صفات مخصوصة وان كان من ضمن الامراض الالتهابية الخطرة

(الاسباب) - كل انسان مهما كان سنه عرضة له لكن الرجال أكثر من غيرهم وخصوصا الشبان ومن عندهم استعداد له كمدمنى الخمر ويكثر فى فصلى الشتاء والربيع وليست رطوبة الجو ورداءة الزمن شرطا لازما لوجوده وانما تأثير البرد سبب متمم له فقط وكما أنه يظهر اثناء أمراض كالتيفوس والجدرى وغيرهما يظهر أيضا منفردا والسبب المعول عليه هو وجود أصل مرضى ميكروبى يدخل فى المسالك الهوائية فيحدث المرض وقد أظهر فيه (فريدلند) (مكروكوكوس) شبيها بكوكوس محفظى شكله كمسمار ذى رأس الان هذا الميكروب وجد فى أمراض أخرى شبيهة بهذا فى الصفات والتشريح فضلا عن انه لم تثبت عدواه على الحيوانات وأما (فرانكل) فوجد فى الرئة الملتهبة (ديلوكوكوس) شبيها بسهم ريشة وهذا الميكروب يظهر أيضا فى البصاق حتى المعتاد ويحدث تعفن اللعاب الذى يمكن فعله على الارنب وعلى كل حال هذه الميكروبات وان لم تكن خاصة فهى سبب فى حدوث الالتهاب الكروباوى

ومما يؤيد حصول الالتهاب الرئوى بواسطة ميكروب وجوده أحيانا فى بعض المجتمعات كالقشلاقات وما يشابهها بحالة انفراد ثم يتزايد فيها بعد ذلك

(الاعراض) - يندران يسبق هذا الالتهاب الرئوى بعلامات ولا تكون الا غير واضحة ولذا استدل على حصوله بقشعريرة كقشعريرة الحمى المتقطعة مصحوبة بارتفاع درجة الحرارة الى ٣٩ وبألم رأسى وفتور أطراف كذا بقيء أحيانا ثم فى آخر أول يوم أو فى أول الثانى يظهر السعال وضيق النفس والألم الصدرى الذى يكون عادة بقرب الثدى ثم يزداد بحركات السعال الذى يكون نوبيا جافا فى الابتداء ثم يخرج فى اليوم الثالث بصاق ملون كهرمانى صدئى محتو على هواء وللزاجته يلتصق بالاناء المطروح فيه ثم يستحيل لونه الى لون الطوب الاحمر وليس هو شيأ آخر غير النضح الالتهابى الرئوى فاذا بحث شوهد فيه كرات بيضاء وحمراء وخلايا بشرية مخاطة بألياف منعقدة بعضها آت من الشعب الصغيرة وقد يكون هذا البصاق لما فيه من المخاط والكلورور شفافا هلاميا مشتملا على مكروكوك بيضاوى الشكل كحب الحنطة أو محفظى وليس الالتهاب الرئوى مرضا مضعفا لان عدد الكرات الحمراء يتناقص قليلا والبيضاء وان ازدادت فى الايام الاولى تعود سريعا الى الحالة

المعتادة (هايم وجرانشر)

والقرع على الجزء المصاب يعلن تارة بتحت أصمية وتارة بصوت طبلى وقتى (جاكود) وبالتسمع لا يوجد الا بعض خراخر خفيفة وفى آخر الشهيق تظهر الخراخر الفرقعية ولا توجد فى الزفير وأحيانا لا تسمع الا عند السعال

ويزداد ألم النقطة المؤلمة ويصل التنفس الى ٤٠ مرة فى الدقيقة مع انه فى حال الصحة يكون من ١٤ الى ١٨ ويصير النبض ممتلئا عريضا ويصل الى ١٠٠ أو ١٢٠ وتنتقل درجة الحرارة من ٣٩ الى ٥ / ٤٠ وكل ذلك بازدياد الاعراض الوظيفية فى الايام التالية ثم تخف تلك الاعراض فتتضح علامات الالتهاب الرئوى فان وجه المريض يكون حينئذ سخنا محرقا محتقنا وأعينه لماعة ولسانه جافا عجينيا وصوته مختصرا وريشتا أنفه ممتدتين وبوله نادرا داكن اللون متحملا بكثير من البولينا وحمض البوليك وقليل من الكلورور كأن الكلورور امتص وانفرز مع النضح الالتهابى ويكون حدثه حينئذ خرافيا لاسيما ان كان مدمن خمر وتكمل الاصمية فى المواضع التى حصل فيها تكبد وتزداد الاهتزازات الصوتية وكذا الصوت والتنفس فى محاذاة الكتلة الليفية لانها موصل جيد للصوت الأن مقاطعه لا تصل الى الأذن المتسمعة بل تسمع الصوت آتيا من الشعب وقد تسمع أيضا الخراخر الفرقعية فى جوار النفخ بسبب عدم استحالة جميع الكتلة الملتهبة الى درجة التكبد كما يمكن أن تسمع خراخر العودة والنفخ الشعبى الذى صار حادا لرنانية وهذا الدور يمكث من ٣ أيام الى ٤ وأحيانا أكثر وبعد ذلك اما أن يأخذ الداء فى الشفاء كما هى العادة أو ينتقل الى الازمان أو الى التقيح فان أخذ فى الشفاء تناقصت الحمى بسرعة حتى تزول فى بعض ساعات وتقف النحافة ويدخل المريض فى النقاهة ويصاحب هذه الحالة انمياع النضح الالتهابى الذى يصير البصاق فيه معتما غنيا بالعنصر الشحمى وتزول الاصمية الصدرية تدريجا للين الجزء الذى كان متكبدا والنفخ الشعبى ينتقل الى خراخر كبيرة رطبة وهى الخراخر الفرقعية التى تسمع زمنى التنفس وأما اذا حصل الانتهاء بالتقيح فان البصاق يصير أزرق أو شبيها بلون عصارة القراصيا والحمى تزداد والهجيرى

(الهذيان) - تلازم المرضى مع حصول الاسهال وانحطاط قوى المريض حتى تؤل حالته

الى الموت عادة وقد وجد عند فتح جثته تغير الالتهاب السحائى التقيحى

(الاشكال) - منها الالتهاب الرئوى الفصى وهو لا يتصف دائما باعراض منتظمة وسير واحد بل يتنوع بحسب سن الاشخاص وفقرهم وعوائدهم فعند الاطفال يكون هذا الالتهاب أقل من الفصيصى ويشاهد عندهم حتى فى السنة الاولى ويصحبه تشنج وقىء وطفح ارتعاوى ويصل نبضهم الى ١٤٠ وفى الطفولية الاولى تسمع خراخر فرقعية ويكون خطره فيها أكثر منه فى الطفولية الثانية وقد يشاهد عندهم البصاق الصدئى وأما عند الشيوخ فيكون بطىء الحصول خفيف الحمى غير مدرك فيه ألم الجنب واحمرار الوجه وجفاف اللسان هما العلامتان المميزتان له أحيانا لان البصاق الصدئى لا يوجد عندهم وأما الخراخر الفرقعية فهى عندهم أكثر منها عند الكهول وعلى العموم علامات هذا الشكل تتغير فى هذا السن

ومنها التهاب قمة الرئة وهو خطر لاصطحابه غالبا بانحطاط عظيم فى القوى وبحالة تيفوسية وهذيرى ويرقان وبعلامات الالتهاب الرئوى المستوفاة التى تنتهى بالتقيح وحصولها فى الجهة اليمنى أكثر منه فى اليسرى وهذه العلامات ان لم توجد فى الحفرة تحت الترقوة أو فوق الشوكة توجد فى الحفرة الابطية وبالنظر لمجلس هذا الالتهاب يمكن أن يشتبه بالتدرن فيختلط التشخيص وحينئذ يلزم الالتفات لتمييز ذلك

ومنها الالتهاب الرئوى الصفراوى وهو ذو شكلين متميزين أحدهما التهاب مع يرقان تابع لالتهاب نزلى فى المسالك الصفراوية أو لالتهاب محيط كبدى نتج من التهاب رئوى سفلى يمينى وبسبب ذلك تنتج أعراض موضعية مجاورة وثانيهما التهاب مصحوب بحالة صفراوية بمعنى انه توجد حالة مرضية عمومية توصف بلون منتقع (تحت صفراوى) مع خفاء حالة رد الفعل القوى وحينئذ توجد رخاوة فى النبض وألم فى الرأس وغثيان وقىء ويكون لسان المريض رمليا وتصطحب هذه الحالات بالشكل الخطر (التهاب القمة ادمان الخمر) وترتبط بالحالة المرضية العضلية وتكون جزأ من الحمى الصفراوية المحيطة بالرئة وهى المفسدة للوباء الالتهابى الرئوى الصفراوى وقد ترتبط أيضا بالالتهاب الكبدى المنتشر الذى هو نوع من اليرقان الخطر

ومنها الالتهاب الرئوى العفن وهو مرض غير خطر يظهر اثناء أمراض عفنة كالتيفوس والحمى المتقطعة والاسكربوط والنزلة الوافدة وتكون حينئذ وبائية وهذا ينطبق على أفكار من يقول ان الالتهاب الرئوى الفصى مرض ميكروبى عفن وعدواه جائزة وقد يصطحب بازدياد فى حجم الطحال وباسهال وبالتهاب التامور الظاهر والباطن وبالتهاب السحايا وذلك من عدم نقاء الماء أو من المراحيض أو من وجود ميكروب

(التشخيص) - لكون هذا المرض يظهر بغتة وجب ان تذكر فى التشخيص أعراضه خصوصا البصاق الشبيه عادة بصدا الحديد ويكون فى الصفراوى مخضرا أما ان كان سائلا رغويا أحمر ضاربا الى السواد أو كعصارة القراصيا دل على أوزيما الرئة وان كان زعفرانيا دل على ابتداء الامتصاص

ويتميز عن البليوراوى وعن الالتهاب السحائى وعن الحمى التيفوسية بما سيعلم من شرحها

(السير والمدة) - يختلف مكث الالتهاب الرئوى المعتاد من ٥ أيام الى ١٢ وفى مدته تضطرب درجة الحرارة ويظهر هربس شفوى وعرق بحرانى ورعاف واسهال وبول زلالى وتقيح الرئة سبب معتاد للانتهاء الخطر ومن الجائز حصوله قبل التقيح بسبب شدة الالتهاب وامتداده أو بعوق دورة القلب

(الانذار والانتهاء) - لكون هذا الالتهاب الرئوى من الامراض العفنة الجيدة فانتهاؤه يكون عند أقوياء البنية وسليميها جيدا غالبا وقد يصحب بأخطار تلزمنا الاحتراس كامتداد الالتهاب الى رئة بتمامها وجزء من الاخرى مختلف القدر وبذا يقل سطح التنفس وهذا كاف فى الانتهاء المحزن وكالالتهاب البليوراوى المحدث ارتشاحا فيها خصوصا اذا صار قيحيا فان التنفس يكون عسرا وبذا يحدث الخطر أيضا وكالتهاب التامور المصلى الليفى أو القيحى والالتهاب السحائى القيحى وان ندر حصوله وأما خطر الامتصاص القيحى فآت من الالتهاب التقيحى ويتعلق الخطر أيضا بالوسط العائش فيه المريض وبنيته وسنه وفقره خصوصا اذا كان مصابا بمرض قلبى أو كان مدمن الخمر لانها تؤثر على المراكز العصبية وتخمدها فتضعف حركة العضل التنفسى وعضلة القلب وأما الاسكلير وزفن الانتهاآت الجيدة وقد يحصل الشفاء عقب التقيح وغنغرينا الرئة

(التشريح المرضى) – ينحصر فى ارتشاح نضح التهابى دموى داخل الحويصلات الرئوية والشعب الدقيقة متكونا من سائل دموى يستحيل الى متجمد ليفى أو غشائى تمتلئ تلك الاجزاء به فيصاب فصيص أو فصيصات وبذا ينتقل منسوج الرئة الاسفنجى الى منسوج مندمج تم منه الشعب المتوسطة والغليظة ويكون هذا المصاب خاليا من الهواء وهذه الاستحالة تحصل فى ثلاثة أدوار ففى الدور الاول المسمى دور الاحتقان تصير الرئة محتقنة بلون أزرق ولا تشتمل على ما كانت تشتمل عليه عادة من الهواء وتحتوى الحويصلات على كمية وافرة من نضح سائل دموى وفى الدور الثانى المسمى دور التكبد يتجمد النضح ويصير قوام الرئة شبيها بقوام الكبد ويزداد حجمها ويثقل وزنها ويظهر فى موضع قطعها حبوب حمراء أو انتبارات ولوحك هذا السطح نضح منه سائل زيتى أو قشطى أزرق محمر ويخرج من فوهات الشعب سدد ليفية واذا قطعت الشعب الدقيقة طولا رؤى فيها نضح شعبى أنبوبى وفى الدور الثالث يصير لون التكبد المذكور أزرق مصفرا رخاميا بسبب ان النضح افتقر من كراته الحمراء واغتنى بالكرات البيضاء ويفقد قوام الرئة متانته ويكون السائل الذى يخرج من احداث قطع فى الرئة غزيرا ميناقيحيا ولذلك يسمى هذا الدور دور الارتشاح القيحى

وميوعة النضح طريقة لحصول الشفاء لان بعضه يمتص والبعض الآخر ينقذف بالنفث وليس من الضرورى ان الالتهاب الرئوى يقطع الادوار التى ذكرت بل ربما تعجل وقوفه فى الاحوال الخفيفة ثم ينتقل الى الشفاء

ويتصف متحصل الالتهاب الغشائى بتغير وتجدد جزئى فى بشرة الحويصلات والشعب الصغيرة وينتج ذلك من الاصل المرضى المحدث للالتهاب اذ يحصل من الغشاء الكاذب الذى يتكون على الاغشية المخاطية متى زالت بشرتها نضح ينعقد على سطح تلك الحويصلات والشعب وبواسطة الميكروسكوب يعرف انه مكون شبكة ليفية مالئة للشعب وفى عيونها تراكمت كرات دموية (تكبد أحمر) ويشاهد أن بعض النقط التى بقيت بشرتها الحويصلية صارت مجلسا لخلايا كثيرة مع انتفاخها ثم ان الكرات الحمراء ان لم تخرج بالسعال تذوب والنضح الليفى يتلهوج بتحليل وتركيب كيماوى غير

معروف معرفة تامة والجوهر الزلالى يذوب شيأ فشيأ أو يمتص مع النضح وتصير الخلايا البشرية التى لم تتبدد ينبوعا للتجديد البشرة التى تبددت فترقع السطح الخالى منها وهذه الاستحالات تحصل فى اثناء جمعة أو جمعتين ثم تنتهى بالشفاء التام

ولنعلم هنا ان البليورا المجاورة للجزء الرئوى الملتهب تصير أيضا ملتهبة على شكل التهاب بليوراوى ليفى ذى شدة متوسطة عادة ولذا أعطى لها اسم الالتهاب الرئوى البليوراوى أو المحيط الرئوى

وهذا الالتهاب الغشائى الكاذب يشغل مسافة كبيرة من الرئة وسيره سريع وقد يقتصر على فص ويسمى حينئذ بالالتهاب الفصى ومع ذلك لا يكون الحد الفاصل بين الفص السليم والمريض حاجزا قويا اذ من الجائز ان يمتد الى ما يجاوره فيصيبه بتمامه أو جزئه وقد علم من احصاء الالتهابات الرئوية ان الاكثر اصابة هو الفص السفلى للرئة وجهتها اليمنى أكثر من اليسرى وقد تشاهد اصابة الفص المتوسط وحده الا ان ذلك أقل من اصابة فص القمة وقد يصاب فص رئة من جهة بعد فص أخرى ويقال له الصليبى اذا أصيبت القاعدة من جهة والقمة من الاخرى لكنه نادر

(المعالجة) – لما كان غالب أحوال هذا الالتهاب الرئوى المعتادة والجيدة لا يحتاج لمعالجة قوية كانت الطريقة المستعملة قديما كالفصد واعطاء بعض أدوية هى المستعملة الآن أيضا وقد حصل شفاء كثير من استعمال القيراترين بمقدار يختلف من مللى واحد الى ٥ مللى وفى أغلب الاحوال يلزم ان تؤخذ الوسائط الصحية مع معالجة العرض المتسلطن ولو كان خفيفا كالم الجنب والسعال وضيق النفس ولاجل ان يسكن الالم ويسهل التنفس فيستريح المريض نستعمل مثانة مملوأة بالجليد فاذا لم يتحملها بعض المرضى نستعمل المحولات أو اللبخ الساخنة أو الحجامة الجافة أو الرطبة وقد يعطى المورفين لتسكين السعال وبارسال العلق تحصل راحة وتتناقص الاعراض ويستحب استعمال الحمامات الفاترة بدرجة من ٢٤ الى ٢٥ ريمور وقد تزاد عن ذلك عند كثيرى الاحساس بالبرد والضعاف فان هذه الحمامات تنقص الحرارة وتسكن الاعصاب فيعقب ذلك راحة ومع ذلك فقد يلتجأ الى استعمال مضادات الحمى كالانتيبرين والكينين بانواعه وفى بعض الاحيان تستعمل

المنفشات والديجيتالا والكافور وأما المشروبات الروحية فتعطى لمدمن الخمر وقد تعطى لغيرهم بكمية قليلة لتقوية القلب وانتظام الدورة

(مركب) الكافور المسحوق	٣ر٠	ديسى
حمض الجاويك	١ر٠	جرام
سكر أبيض	٢ر	«

يمزج هذا ويسحق ثم يقسم الى خمس ورقات متساوية ويعطى منها فى كل ساعتين أو ثلاثة ورقة وتعطى أيضا المشروبات الملطفة والليمونات وساليسيلات الصودا والزئبق ويودور البوتاسا

(المبحث الثالث فى التدرن الرئوى)

هذا المرض هو المسمى بالسل الرئوى وهو معروف من قديم الزمان فان الاقدمين من حكماء العرب كابن سينا وغيره ذكروه فى كتبهم وعرفوه بانه قرح فى الرئة وقالوا ان من ضمن أسبابه سببا عفنا آتيا من الخارج أو من جزء مجاور للرئة

وفى سنة ١٨١٠ شاهد (رايل) عقدا عديدة فى اعضاء مختلفة مصاحبة له فوضعت هذه المسئلة تحت أبحاث كثيرة اكلينكية وتشريحية مرضية للوقوف على نسبة هذه العقد اليه فلم يحصل اتفاق على ذلك أما (لاينك) فقد اعتبر استحالة مخصوصة فى هذا الدرن وعرفها (فرشوف) بالاستحالة الجبنية وبها ميز الحالة الدرنية الدخنية المنعزلة عن الحالة الدرنية المختلطة التى ربما تستحيل للحالة الجبنية ثم بعد مدة ميز الاستحالات الاخرى الالتهابية عن الدرن الدخنى

وفى سنة ١٨٦٥ أحدث (ويلمن) الدرن الرئوى بحقن الحيوانات من المادة الدرنية المنعزلة والجبنية ثم تقرر اخيرا ان هذا المرض يعد من الامراض العفنة وأما (كون هايم) فاعتبر انه مرض عفن مخصوص يستحق ان يميز عن الامراض الدرنية الاخرى

وفى سنة ١٨٨١ استكشف الاستاذ (كوخ) الاصل المرضى له اذ لما زرعه تكاثر اصله العفن ولما تحقق منه سماه (بالباسيل)

فنتج مما ذكر ان الدرن الرئوى أو السل الرئوى مرض يحصل من أصل مرضى ذى صفات مخصوصة يسمى بالباسيل الدرنى المستكشف بكوخ وهذا الباسيل يتكون من جسيمات حية صغيرة كالقش طولها يبلغ ربع أو نصف قطر كرة من الدم وتعرف بعدم تأثرها من المواد الملونة المعتادة وغاية الامر ان وجود الباسيل فى التدرن صار محققا سواء كان فى الرئة أو البصاق أو فى الآفات الدرنية للاعضاء الاخرى كالمخ والامعاء والطحال والكبد والكلى وغيرها كالعقد الليمفاوية الخنازيرية والاشكال الفطرية للعظام والمفاصل وداء الثعلب بل يوجد هذا الباسيل أيضا فى التدرن الاصلى للحيوانات كالقرد والارنب والخنزير الهندى وفى أنواع التدرن الناتج عن التلقيح به وباستكشاف الباسيل الدرنى فى رئة الحيوانات البقرية ثبتت مشابهته للتدرن الانسانى وقد حقق (كوخ) ذلك أيضا اذ لما زرع الباسيل ولقح به الحيوانات أحدث التدرن فهذا الباسيل هو الفاعل الاصلى للتدرن

(زرع الباسيل) - متى وضعت المادة الباسيلية الآتية من بورة درنية حديثة على مصل دموى مسخن بالحرارة ثم حفظت فى درجة حرارة واحدة اما ٣٧ أو ٣٨ مئينية تكاثر الباسيل بصفات مخصوصة بلا عدد محدود وبهذه الكيفية يمكن الحصول على مزروع نقى من الباسيل الدرنى اذا لقح به الحيوان حدث فيه التدرن فيضعف وينحف ويموت وبفتح جثته تجد آفة درنية فى مواضع محدودة من الاحشاء كأنها بعد مضى جمعتين أو ثلاثة تظهر أولا فى محل التلقيح ثم تمتد الى الاعضاء الأخرى

(الاسباب) - الباسيل هو العنصر المرضى للسل واستعداد الانسان لذلك كبير فقد ثبت أن سبع النوع الانسانى يموت باصابته وذلك لان الباسيل الدرنى كثير الوجود فى جميع اركان المعمورة الا أنه لا يعيش خارج الجسم كالباكتيريا الفحمية اذ يلزم له درجة حرارة واحدة بحيث لا تنقص عن ثلاثين ولا تزيد عن أربعين والظاهر انه يحفظ لنفسه خاصية العدوى خارج الجسم مدة كما ان البصاق يحفظ خاصيتها مدة أسابيع لان الباسيل لا يتأثر من أغلب المؤثرات الكيماوية حتى من حمض التريك

والعدوى كما تحصل من الحيوان الى الانسان تحصل من الانسان الى مثله بواسطة البصاق المتحمل بالباسيل فانه متى التصق بشئ وجف ارتفع باسيله فى الجو ثم تجذبه حركة التنفس

الى الجسم فيصيب أوّلا الانف أو البلعوم أو الحنجرة أو الرئة وهى الاكثر فلذا نرى ان المسالك الهوائية هى منبع التدرن ومما دل على ذلك أن الباسيل الملقح يظهر أوّلا فى محل التلقيح فاذا لقحنا الخزانة المقدمة للعين ظهرت النقطة الدرنية فى القزحية واذا لقحنا تجويف البطن ظهر الدرن فى البريتون وقد بحثوا عن وجود سبيل للعدوى غير المسالك الهوائية فقيل انها تحصل أيضا بواسطة مسالك القناة الهضمية من تعاطى لحوم وألبان الحيوانات المصابة بهذا الداء حيث شوهد أن سل الانسان كسل الحيوان لكن ذلك ليس مضطردا لأن الباسيل المزدرد ينهضم فى المعدة وقيل ان هنالك سبيلا آخر لذلك وهو الجلد المعرى عن بشرته فيحصل درن جلدى (داء الذئب) ويشاهد فى العنق والقفا والابط الخ ومن الجائز ان الدرن يكون أوليا أيضا فى أعضاء التناسل وان هنالك أشخاصا عندهم استعداد له أكثر من غيرهم وسبب ذلك غير معلوم لنا وان شاهدنا ان كثيرى الاستعداد هم ضعفاء البنية والخنازيريون والعائشون بغير شروط صحية وعلى كل فالاستعداد له دخل عظيم فى الاصابة ووجود أمراض شعبية أو رئوية سابقة يحضر مسالك الهواء للتدرن بسبب التصاق الباسيل الداخل فيها وعدم القدرة على مقاومته وقذفه

ونضيف الى هذه الاسباب الوراثة والعدوى لمن كان مخالطا للمصابين بالسل وبهذا تفسر طريقة اصابة أحد الزوجين من الآخر كما ثبت ذلك بالمشاهدة

وليكن معلوما ان السل يصيب بالاكثر من كانوا فى سن ١٥ الى ٣٠ وتقل اصابته للكهول ومن الجائز اصابة الشيوخ والاطفال الا انه عندهما لا أهمية له عملية والرجال والنساء فى ذلك سواء

(الاعراض) – يبتدئ التدرن خفية ببطء وليس فى امكان المريض أن يعين زمن ابتدائه الا بوجه التقريب ولا يلتفت لذلك الا بالسعال والبصاق مع ان العرض الذى يظهر أولا هو أهمية فى أعضاء التنفس وقد يظهر ألم صدرى اما فى محاذاة الثدى أو الاضلاع أو بين اللوحين وتحس المرضى بضيق النفس عقب مجهود طويل المدة وضعف وفقد شهية فهذه الاعراض تلجىء الطبيب للبحث على الصدر وعلى البصاق تحقيقا للداء لأن هذه حالة تشتبه بالانيميا أو بنزلة معدية وربما أخذ الطبيب فى معالجة احداهما فتى وجدت

هذه

هذه الاعراض عند مريض ورأيناه ضعيف البنية وبه بعض عقد خنازيرية أو أمراض بليوراوية أو عظمية أو مفصلية أو أن أحد أبويه كان مصابا بالسل أو عنده استعداد للامراض الشعبية والرئوية وجب ان نظن أنه مصاب بالتدرن الرئوى ولزم البحث على بصاقه لتأييد التشخيص اذ كثيرا ما شوهد أن السل الرئوى أصاب أشخاصا ولم تظهر له علامات أكيدة ثم ماتوا وهم أقوياء البنية اصحاء فضلا عما علمناه من أن سير هذا المرض بطىء وان اعراضه لا تكون واضحة

فالاعراض الموضعية تنحصر فى الالم الصدرى والسعال والنفاثة وضيق النفس والنزيف الرئوى وما يظهره البحث الميكروسكوبى والعلامات الصدرية أما الالم الذى يكون مجلسه كما ذكرنا آنفا جهة القلب أو الثدى أو بين الكتفين أو فى جانب الصدر فينشأ فى الغالب عن توتر بعض العضلات أو عن التهاب رئوى مزمن أو محدود وقد يقطع المرض أدواره بلا طروّ هذا الالم

وأما السعال فيختلف خفة وشدة فمنه الخفيف ومنه الشديد الشاق النوبى وتارة يكون رطبا وأخرى جافا خصوصا اذا كان هنالك سل حنجرى وقد لا يوجد سعال فى جميع أدوار هذا المرض أيضا

وأما النفاثة وهى ما يطرحه المصدور من البصاق فتختلف فى الصفات وفى الكمية فعادة تكون مخاطية قيحية أو قيحية فقط كبصاق الالتهاب الشعبى الا أنه لا يخلو الحال من وجود بعض نقط أو خيوط دموية فيها وقد تكون أحيانا قيحية دموية كقيح الكهف الذى يكون لونه أسمر أحيانا كلون الشكولاتا وكميتها تختلف قلة وكثرة ورائحتها مخاطية أو نتنة وقد تشتمل على ندف مخصوصة وعلى كرات بيضاء وحمراء وخلايا بشرية مفرطحة وألياف مرنة عدسية أو اسطوانية وهذه الالياف تدل على السل وان كانت توجد أيضا فى خراج الرئة وفى غنغرينتها الا أن اعراض هذين تعينهما

وأما ضيق النفس فهو عرض غير ثابت فى جميع أطوار السل الرئوى فان وجد يكون خفيفا ولا يشتد الا عند وجود مضاعفات أو عند الكهول وحينئذ توجد علامات تلك المضاعفات كضيق النفس الكهفى أو الانفيزيماوى الخ

وأما النزيف الرئوى فهو دم ضعيف الحمرة مختلف فى الكمية أيضا فتارة يكون قليلا وتارة غزيرا من وقيتين الى نصف ليتر أو الى ليتر تقريبا وزمن نوبه مختلفة أيضا وسببه قروح الرئة وانفتاح أنورزما الاوعية الرئوية وهو علامة على خطر المرض لانه يضعف المريض زيادة عن ضعفه ثم يزول أو يحدث الموت

وأما مايظهر بالبحث الميكروسكوبى فانا اذا بحثنا عن بصاق مسلول بواسطته نرى فيه العناصر المعتادة للبصاق فضلا عن كرات صديدية وكرات دموية وخلايا بشرية بلاطية ونقط دهنية وكذا نرى العناصر المهمة التى هى الالياف المرنة والباسيل الدرنى لكن لاجل رؤيتها يلزم أن يؤخذ من البصاق جزء ند فى صغيرآت من شريحة ميتة انفصلت من جدران الكهف وخرجت مع البصاق ثم يدعس بين صحيفتى الزجاجة الشخصية فيشاهد فى وسطه الالياف المرنة راسمة شكلا حلزونيا ولأجل عزل هذه الالياف منه يغلى فى ماء صودى ثم يمدد بالماء فبعد ترشيحه تبقى هى راسبة

واستكشاف الباسيل فى البصاق وان نسب الآن (لكوخ) لكن أول من أوجد الطريقة المرشدة للوصول اليه هو (ازليك) وأحسن طريقة لذلك ان يدعس جزء ندفى من البصاق بين صحيفتى زجاج ثم تفصلا عن بعضهما وتتركا لتجفا أو تجففا على حرارة لاجل ان تثبت المادة على الزجاجة ثم بعد تبريدهما تغمرا فى محلول ملون مركب من ستة اجزاء من الماء وجزء من زيت الانيلين المرشح ثم تغسلا بمحلول كؤلى مركز من الفوكسين والسائل البنفسجى للميتيل المسخن تسخينا لا يبلغ درجة الغليان فتتلون التحضيرة ثم تؤخذ الصحيفة من هذا المحلول وتغمر فى محلول خفيف من حمض النتريك أى واحد من الحمض على ٣ من الماء وحينئذ يزول لون التحضيرة ماعدا الباسيل ثم تؤخذ الصحيفة حاملة المرئى وتجفف بالورق النشاش ثم تغمر ثانيا فى محلول مكون من جزء الى اثنين من أسمر بيسمارك وبعد تجفيفها يوضع عليها بلسم كندا أو الماء ثم تبحث ويكفى للبحث ميكروسكوب معتاد بدون غمر العدسة المرئية نمرة ٨ (لهارتمن) فترى حينئذ الباسيل ملونا بلون أزرق زاه ضارب الى الاحمرار وأما الميكروبات الاخرى فتتلون بلون أسمر

ثم ان الباسيل عرضة للتغيرات بحسب الحالة والادوار فكلما زاد عدده كلما تقدمت الاستحالة

وتكون

وتكون الكهف ومع ذلك قد يوجد الباسيل فى أوائل الداء فيتحقق التشخيص ولو كانت العلامات الاخرى غير تامة الوضوح

وأما العلامات الصدرية فهى مانشاهدها فى هيئة الصدر من كون عظمه طويلا غير سميك مع ضعف عضلاته ورقة منسوجه الخلوى الشحمى بل يكون مرتفعا ضيقا ويرتبط القفص الصدرى بعرض المسافات بين الاضلاع وبعمق الزاوية الشراسيفية ويكون القص طويلا ضيقا وارتفاعه المستعرض (زاوية لوى) واضحا أحيانا والحفر التى فوق الترقوة وتحتها وفوق القص غائرة واللوحان متباعدين عن القفص الصدرى حتى اذا قابلنا نصف الصدر بالآخر نشاهد هيئة مخصوصة لجهة قمة النصف المصاب وأحيانا جهة القاعدة كأنها حالة شلل اذ حركات التنفس تزداد سرعة بل اذا كانت القمة مصابة كان التنفس بالجزء السفلى والحجاب الحاجز فقط واذا حصل التهاب رئوى محدود كان التنفس غير منتظم

ويضاف لذلك ان الغلاف الجلدى يتغير تغيرا طيفا مزرقا مائلا الى الشفافية محمرا فى الوجه احمرارا بقعيا مرضيا ويكون العنق طويلا متجها الى الامام والايدى رفيعة عظمية وبالقرع على الصدر يسمع صوت مختلف بحسب التغيرات المرضية وحيث ان القمة هى الاكثر اصابة وجب علينا البحث عنها لكن قد تختفى علامات القرع فى الابتداء ولا تسمع الاصمية الا اذا حصل ارتشاح من فعل المرض وحينئذ تسمع خصوصا فيما بين الاضلاع العليا من الامام أو فى الحفرة فوق الترقوة أو فى الظهر فى الحفرة فوق الشوكة ومتى زاد الارتشاح بالسعى تمددت الاصمية واصطحبت أحيانا بتحت الرنانية بسبب ضمور منسوج الرئة ويسمع صوت طبلى فى محاذاة الكهوف وأحيانا يكون كالذى يسمع عند قرع اناء فازع أو مجبور

وبالتسمع يستشعر بزوال الخرير الحويصلى واستعاضته بخراخر أخرى رطبة ناتجة عن الافراز الذى يحصل من الاجزاء الموؤفة وهى اما خراخر فرقعية وتحت فرقعية أو فقاعية صغيرة وكبيرة بحسب الحالة المرضية

أما الاعراض العمومية فمنها الحركة الحمية وان كثر وجود أحوال السل بدونها كما فى السل ذى السير المزمن الاسكليروزى أى الضمورى لجهة واحدة ومتى وجدت

وصلت درجتها الى ٣٨ أو ٣٨,٥ وقد تزيد فى المساء فتصل الى ٤٠ وقد تكتسب الشكل المتقطع أو الدائم (حمى الدق) ثم ان سببها لا يكون من التدرن نفسه بل من امتصاص المواد العفنة المتحصلة من لين وارتشاح الدرن فى الشعب أو فى الكهوف ومن التهاب الاعضاء المجاورة ومنها ان يكون النبض سريعا صغيرا ولو لم توجد الحمى ومنها النحافة فان المصابين بالتدرن الرئوى لابد من حصولها لهم اما بطئ أو بسرعة بحسب الاصابة وأسبابها فقد الشهية وضعف التنفس والحمى الناتجة من التعفن الكهفى وغير ذلك ومنها العرق الغزير فانه يحصل عند المسلولين بسبب الحمى والضعف وجائز ان يكون من عسر التنفس ومن وجود كمية زائدة من حمض الكربونيك فى الدم وضف على ذلك بعض الام عصبية ويندر حصول اضطراب فى القوة المذكرة والعقلية بل تكون محفوظة عادة (المضاعفات) هى الالتهاب البليوراوى الدرنى والالتصاقى والصديدى والالتهاب الحنجرى والبلعومى الدرنى والالتهاب الدرنى المعوى فتتكون فى آخر الامعاء الدقاق والغلاظ قروح درنية منفردة أو مجتمعة نتيجتها حصول الاسهال والالتهاب البريتونى وقد يصيب الدرن الكبد والطحال والكلى ومسالك البول والعقد الليمفاوية والخصية والسحايا والمخ (الاشكال) يوجد لهذا الداء شكلان حاد ومزمن بالنسبة لسرعة سيرهما وعدمه كما ذكرنا أما الاول فيكون مصحوبا عادة باعراض التهابية ونزلات وحمى ويقطع ادواره بسرعة ومدته من ١٥ يوما الى ستة شهور وأما الثانى فلا يصطحب أوله بحمى ثم تظهر فى آخره وسيره بطئ فى أغلب الاحوال ومدته من أشهر الى سنين

ويوجد للشكل الاول أنواع بحسب تسلطن بعض الاعراض والمضاعفات فمنها النزلى والالتهابى والمضيق للنفس والتيفوس والمخى ومنها الدرنى المنتشر وهو الذى يظهر فيه الدرن منتشرا فى جميع ابعاد الرئة ويقال له التدرن حول الشعب ويصيب الشيوخ والاطفال وبالنسبة لجلسه المركزى ربما تعسر معرفته سيما اذا كان سيره بطيئا مزمنا لان العلامات التى تعلم من البحث على الصدر لا تكفى فى اثبات وجوده لاشتباهها بعلامات الالتهابات الشعبية ولا تعلم الحقيقة الا بدوام الاعراض والضعف والنحافة وأخيرا بالباسيل ومنها الشكل الدرنى الجبنى أى الالتهاب الرئوى الجبنى ولو أن بعض الباتولوجيين

رأى الازدواج بين هذا الشكل والالتهاب الرئوى المعتاد لتسلطن أعراضهما واستحالتهما الى واحد فالرأى المتفق عليه هو ان الالتهاب الرئوى الجبنى تدرن رئوى مخصوص بسبب الباسيل ومصحوب باعراض التهابية رئوية سواء كانت سابقة له أولا

ومنها ما يقال له التدرن الدخنى الحاد العام وفى هذا الشكل يسرى الدرن الدخنى سريعا فى مدة يسيرة لعدة اعضاء بل للجسم كله وقال (بول) ان الاصابة به تكون أولا فى بورة من الجسم ثم تسرى منها مع تيار الدم الى الاعضاء الاخرى وسبيل ذلك هو اما اصابة وريد بالتدرن مع الارتشاح الجبنى ثم تسرى مادة هذا التدرن فى الوريد أو ان الاوعية الليمفاوية تحمل مادة التدرن الى عضو من الجسم ثم تسرى فى القناة الليمفاوية التى تنفتح فى الوريد تحت الترقوة ويشاهد هذا الشكل على هيئة حبوب صغيرة دخنية ترى بالعين العارية أو بواسطة العدسة المكبرة فى الرئتين وفى الكبد والطحال والبريتون والكلى والسحايا والشبكية والقلب وغير ذلك واعراضه اذا كان فى الرئة كاعراض السل على العموم وأما فى الاعضاء الاخرى فيصطحب بعلامات خاصة بها من حيث الجهاز الدورى والهضمى والعصبى وله أيضا أعراض عمومية كالحمى غيرها

وتشخيص هذا الشكل عسر لكن يتوصل الى معرفته بالعلامات العمومية والموضعية الصدرية ثم فى بعض الاحيان نحتاج للبحث على الشبكية بواسطة الأوفتالموسكوب لان وجود حبوب دخنية فيها يحقق انا وجود هذا المرض ومع ذلك اذا لم يثبت بحث العين شيأ منها فلا يصح الحكم بنفى هذا الداء وانذاره خطر ومدته قصيرة وشفاؤه نادر جدا لان الوسائط الدوائية لمعالجته لا تنجع فيه لعدم قدرتها على مقاومته

(تشخيص السل الرئوى)

حيث كانت معرفة السل حال ابتدائه مهمة لزمنا فى التشخيص (أولا) أن لا نقتصر على علامات القرع لانها لا تكفى فى تأكيد التشخيص ولو سمعت تحت أصمية بل تذكر العلامات المهمة لذلك ومنها علامات التسمع التى هى ضعف واضح فى خرير حويصلات احدى قمتى الرئتين سيما اذا كانت مصحوبة بتأخير محسوس فى حركة شهيق تلك الجهة وقد لا يضعف الخرير الحويصلى للجهة المريضة وانما يقل وضوح الشهيق فيها او التنفس

يكون اهتزازيا واضحا والزفير طويلا والاهم من ذلك وجود خراخر شعبية جافة أو فرقعية ولا يركن الى كون التجربة أبانت ان نزلة القمة ذات طبيعة درنية عادة بل يلزم لاجل الوصول الى الحقيقة البحث عن اجزاء الرئة الاخرى اذ من الجائز ان يصاب الفص السفلى وعن الوسط الذى يعيش فيه المريض وعن سوابقه ونوع بنيته واستعداده لامراض المسالك الهوائية وكذا عن بنية أصوله خصوصا اذا لم يوجد الباسيل فى البصاق

ومما يساعد على التشخيص أيضا تناقص وزن الجسم وارتفاع الحرارة فى المساء ووجود العرق ليلا ورعادل الالتهاب الحنجرى والاضطراب المعدى أو المعوى أو الانيميا أو النزيف الرئوى على ابتداء السل

وثانيا - نتذكر الطرق التى توصلنا الى استكشاف الباسيل فى بصاق المرضى الذى استكشفه الاستاذ كوخ وقد ذكرنا بعضها فى الاعراض ولكن لأهمية ذلك نذكر لك طريقة أخرى قد أجريناها فى معملنا الباكتويولوجى بالمدرسة وهى

تأخذ قدر جرام من الفوكسين وتضعه فى جفنة ثم تأخذ جراما من زيت الانيلين وتضعه فى ٣٠ جراما من الكؤل درجة ٦٠ ثم تضيف منه على الفوكسين كمية كافية لاذابته على حرارة ثم تأخذ كمية من البصاق وتضعها بين صحيفتى زجاج وتضغط بهما عليها ثم تضع واحدة فواحدة على لهب ليجف ما عليهما ويثبت على الصحيفة ثم تضعهما فى الفوكسين مع زيت الانيلين الموضوع على اللهب لتلوين الباسيل ثم تأخذ الزجاجة الملونة وبعد غسلها فى ماء مقطر تغمر فى محلول حمضى (الثلث حمض النتريك والثلثان ماء مقطر) ثم بعد ذلك تغمرها فى الماء الازرق للمتيل ثم فى محلول حمض الخليك (الثلث منه والثلثان ماء مقطر) وبعد تجفيفها بورق مرشح تضع عليها بعض نقط من بلسم كندا لاجل التصاقها بما تحتها من الزجاج ثم تضع فوقها نقطة من الزيت ثم تضع تلك الزجاجة تحت العدسة المرئية للميكروسكوب فبهذه الكيفية نتوصل لمعرفة التدرن الرئوى برؤية باسيله حالة كون الاعراض المميزة له غير واضحة واذا لقح به أرنب أصيب بالسل بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع

أما العلامات الدالة على وجود كهف رئوى فهى نفخ شعبى معرنانية أو تحت أصمية والتنفس يصير شعبيا بعد ان كان حويصليا ووجود خراخر كبيرة فقاعية مصحوبة بصوت

دال على كهف فيه قهقهة فرقعية شبيهة بما يحصل من قلة فيها ماء وهواء وتميز ما هنا عن الكهف الغنغرينى بأن بصاقه لا يكون نتنا ولا يكون ثلاث طبقات ولا يشتمل على سدد شعبية كما يتميز السل عن خراج الرئة بعدم وجود شرائح كبيرة من الرئة فى البصاق وبعدم وجود بورات دموية

وأخيرا ضمور الرئة ويعرف بعلاماته وعندما يكون قاصرا على جهة يسمى بضمور احدى جهتى الرئة

(الانذار) فى الحالة الراهنة لفن العلاج يعد انذار التدرن الرئوى خطرا ولكن من الجائز ان الفعل المرضى للسل يحدث شفاء البورة المريضة فقط لان المرض متى تحقق وجوده يندر تمام شفائه بسبب ان الرئة نفسها هى الموصلة لهذا الداء وقبل ان يستكشف الباسيل كان الكثير يزعم حصول شفاء هذا الداء كثيرا وذلك لاشتباهه بامراض أخرى شعبية وأما متى تكون المرض وثبت باسيله كان انتهاؤه محزنا عادة

(المدة) مدة السل الرئوى تختلف بحسب نوع وشدة المرض فقد يمكث مدة من ٣ الى ٤ اشهر وقد يمكث من سنتين الى ١٠ أو أكثر وفى اثناء ذلك يحصل تحسين ونكسات أو ازدياد فى الاعراض والانتهاء كما ذكر يكون اما بالشفاء المؤقت فقط واما بالموت ويندر الشفاء التام

(التشريح المرضى للتدرن الرئوى) - لما كان تأثير الباسيل فى الابتداء موضعيا كان التدرن الرئوى غير داخل تحت الامراض العمومية العفنة بل التغير العمومى هنا يكون تابعا للموضعى فيسير من موضعه أولا ببطء الى أن يصيب عضوا آخر أو جملة أعضاء وبذلك تحصل الحمى ويصير عموميا فالجزء الذى يصل اليه الباسيل يتهيج وتتضاعف فيه الخلايا وتتراكم على بعضها او يحصل ارتشاح تتكون منه المادة الدرنية

وعلى رأى (أرنولد) و (باوم جارتن) تنحصر جميع الاستحالات المرضية فى زيادة عدد الخلايا فى المنسوج البشرى والخلوى ومنها الخلايا الصغيرة والكبيرة وقيل ان الكرات البيضاء تهرع وتتراكم حول الخلايا الحديثة على منسوج تكون من الياف ربما نسبت للمنسوج الضام الاصلى ولا يوجد فى هذا التكوين الحديث أوعية والباسيل يسكن فى الخلايا الكبيرة وحولها فاذا تقدم الداء رؤيت عقد صغيرة زرقاء محدودة

وتكاثرها يتعاظم حجمها فيتكون الدرن الكبير وبلينه واختلاطه تحصل حالة الارتشاح الدرنى المنتشر أو استحالته الى التجبن وتموت الانسجة المكونة للدرن بسبب فقد الاوعية منها وحرمانها من التغذية فالارتشاح الدرنى ومنسوجه الضام يضمحلا ويصيرا بجزء فضلى ونوع هذه الاماتة يسمى بالتنكرز المتجمد ثم بعد قذف الاجزاء الميتة يتخلف عنها قروح درنية ومع ذلك يوجد بجوار بورات الارتشاح الدرنى عدة استحالات التهابية قيحية أو درنية وهذا ما يوجبنا للقول بأن فعل الباسيل هنا ناشئ عن الالتهاب أيضا وابتداء الاصابة يحصل فى نقطة أو نقط من جدر الشعب الدقيقة ويكون مجلسها اعادة قمة الرئة لكن لا نعلم لها سببا فيجوز أن يكون من ضعف حركة التنفس فى هذا الجزء أو فيما يجاوره من مدخل الهواء ثم تمتد الاصابة من جدر الشعب الى ما يجاورها فهذه الاجزاء اللينة تلتئم ببعضها من داخل الشعب الى خارجها وبما يجاورها شيأ فشيأ ثم تنقذف بفعل المرض الى الخارج فيخلفها تجويف صغير هو ابتداء الكهف الرئوى وتلتهب الاجزاء المجاورة فيحصل حينئذ التهاب رئوى فصيصى وبطبيعته ينتقل الى الالتهاب المعروف بالجبنى ثم ينفصل منسوج هذه الاجزاء وهكذا حتى يكبر الكهف تدريجا بسير بطئ وفى هذا الشكل يجوز أن يقف سير الداء برسوب مواد كلسية فى تجويف الكهف أو باندمال سطحه ويسمى بالاندمال المتلون وأحيانا تأخذ الكهوف الصغيرة فى الازدياد بالسعى وبانتقال المادة المعدية من رئة الى أخرى أو من فص الى آخر وهكذا حتى تتبدد الرئة فضلا عن أن التدرن الرئوى قد يتضاعف بالتهاب شعبى ورئوى فصيصى وكروباوى محدود عادة وأخيرا بغنغرينا جزئية وقد يطرأ التهاب بليوراوى واسهال درنى يزيد خطر المرض

(المعالجة) — يلزم اتخاذ الوسائط الواقية للجسم من الاصابة اذ صار من الضرورى الذى لا ينكره أحد ان التدرن الرئوى معد فيجب اعلام المريض بذلك وتلك الوسائط تنحصر فى تبديد الباسيل المعدى وعدم التعرض له بقدر الامكان وللوصول الى ذلك يلزم القاء بصاق المريض فى مشاق مقطرن وحرقه أولا فأولا وتجديد هواء القاعة التى هو بها وغسل ما تلوث من بصاقه بماء حمض الفنيك مع ابعاد المريض عن السليم ثم يلزم أيضا مراعاة حالة الاشخاص المستعدين لهذا الداء باعطائهم الاغذية الجيدة والادوية المقوية واسكانهم

فى المحال الطلقة الجيدة الهواء ويجب أيضا استئصال ما يمكن استئصاله من الدرن المتكون عند بعض الاشخاص والدرن العظمى ودرن العقد الليمفاوية والخنازيرية

ثانيا لما كانت الطرق العلاجية عديدة ولم يمكن الوقوف على طريق تفسد الاصل السام المعدى كان من الواجب هنا أن نقتصر على ما ظهر نفعه فقط وذلك كاستعمال اليودوفورم والكريوزوت من الباطن فيعطى منهما من ٥ سنتيجرام الى ١٥ أو يعطى على شكل تباخير مع ماء القطران أو يعطى اليودوفورم مع زيت السنوبر ٥ فى المائة من كل فى نرجيلة مخصوصة لذلك وبالمثل حقن الكريوزوت تحت الجلد بحقنة براقاس مع زيت اللوز النقى العقيم أى ٤ منه على ٦٠ من الزيت فى كل يوم ٤ مرات ويمكن أن تزاد كمية الكريوزت شيأ فشيأ لغاية جرامين فى اليوم وقد استعملنا الحقن أيضا بهذا المحلول فنجح وهو

جيا كول	٥	سنتيجرام
ادكاليتول	١٥	«
يودوفورم	١	«
زيت لوز عقيم	١	جرام

ويستعمل الزرنيخ على شكل حبوب من زرنيخات الصودا أو البوتاسا بشرط أن يكون منها ٠٠٠٣ ويعطى من حبتين الى ثلاثة فى اليوم وقد يؤخذ أيضا الكريوزوت مع زيت السمك ويضاف عليهما نقطتان من زيت النعناع الفلفلى ثم يعطى من ملعقتين صغيرتين الى ثلاثة فى اليوم وتعالج الاعراض والمضاعفات بما يناسبها فاذا كان الافراز غزيرا تستعمل التباخير البلسمية الترمنتينية وبلسم البيرو والتنين

ومما يستعمل لتسكين السعال أدوية الالتهاب الشعبى مع استعمال التباخير الملحية والقلوية واذا كان قويا يستعمل التباخير المسكنة من ماء الغار الكرزى والافيونية أو من برومور البوتاسيوم وأحسن من ذلك المورفين لكن لا ينبغى اعتياده ويستعمل أيضا خلاصة البنج واللاكتوكاريوم وخلاصة ست الحسن واذا كان البصاق لزجا عسر الخروج تعطى المنفثات وتسكن آلام الصدر باللبخ والخردل والدهانات المسكنة

ويعالج النزيف الرئوى بالراحة والامتناع من شرب الاشياء الساخنة والحمر وبوضع الجليد

على الصدر مع تعاطى جزء منه حال اعطاء المسكنات وبالارجوتين فى كل ساعة ٥ سنتى وبخلات الرصاص فى كل ساعتين ٥ سنتى وقد يعطى الاتروبين من نصف مللى الى ملليجرام واحد وسائل سسكوى كلورور الحديد وكذا ملح الطعام والليمونات

وتضارب الحمى بالانتيبرين والانتيفيبرين والكينين والغسلات بالماء البارد ولمنع العرق الغزير يعطى الاتروبين من نصف مللى جرام الى واحد والفاريقونين من مللى واحد الى سنتى واحد والبكر وتوكسين كذلك ولمقاومة الضعف تعطى المقويات كالمركبات الحديدية وصبغة تفاحات الحديد بمفردها أو مع الزرنيخ

ويلزم علينا أيضا أن نوصى باتخاذ الوسائط الصحية كالنظافة والهواء الجيد النقى الخالى من الميكروبات والاتربة والعفونات والسكنى فى أماكن متسعة مرتفعة جافة الهواء تشرق بها الشمس وتغيير الاقليم له دخل عظيم فى العلاج خصوصا اذا كان المنقول اليه أقل برودة ولذا نرى أهالى أوروبا يتوجهون الى جنوبها أو الى مصر ولا بأس من أن يتوجه أهل مصر الى أقصى الصعيد أو حلوان خصوصا فى زمن الشتاء

ويلزم أن تكون الاغذية جيدة كاللحوم والالبان والبيض وما أشبه ذلك وأما المشروبات فالاحسن نفعا هنا هو الروحية وكثيرا ما نستعمل البيرة الانجليزية وبعض أنبذة وأخيرا استعمال المادة الليمفاوية (لكوخ) وانى استعملت الحقن بها تحت الجلد فى تدرن البريتون وفى تدرن العقد الليمفاوية وفى السل الرئوى الحديث وفى الجذام فحصل لبعض المرضى نوع تحسين ولبعض آخر تحسين ولبعض قليل نوع شفاء ولم يعد بفائدة فى آخرين كما لم يحصل منه تمام الشفاء وحيث لهجت الناس بهذا الدواء واستمالت القلوب اليه أذكر لك ملخص ما قاله هذا الشهير فيه فأقول

(اكتشاف كوخ لعلاج التدرن والسل)

لما كنت مندوبا من قبل الحكومة المصرية فى المؤتمر الطبى الدولى ببرلين سمعت فى ٦ أغسطس سنة ١٨٩٠ المقالة التى تلاها على هذا المؤتمر الاستاذ كوخ فبين فيها انه اكتشف علاجا يقى الحيوانات من باسيل الدرن اذا لقحت به ويوقف الامراض الدرنية ولكنه يحتاج الى تجارب ومشاهدات أخرى لتأييد ذلك ثم فى أثناء شهر نوفبر نقل عنه

انه قال ما ملخصه

(طبيعة العلاج وصفاته) — أما من جهة أصل العلاج وكيفية اعداده فلا يمكننى ان أقول شيأ الآن لان بحثى لم يستوف فأبقى ذلك لفرصة أخرى ثم ان العلاج سائل شفاف يضرب الى السمرة لا يحتاج لاعتناء خاص يحفظه من الفساد ولابد عند استعماله من تخفيفه قليلا أو كثيرا الا أن المخفف بالماء المقطر عرضة للفساد اذ تنمو فيه البكتريا وتعكره فلا يعود صالحا للمعالجة ومنعا لذلك يسخن لتموت الجراثيم منه ثم يوضع فى اناء مسدود بالقطن أو يضاف اليه جزء من مائة من الفينول أو حمض الفينيك

(وقد علمنا نحن أن هذا العلاج مكون من مطبوخ الباسيل الدرنى فى الجليسرين) والحيوان يتحمل الحقن منه بسنتمترين مكعبين أو أكثر بخلاف الانسان فانه لا يتحمل هذا القدر كما أن السليم لا ينفعل من حقن جزء من المائة من السنتيمتر المكعب اما اذا كان مصابا بالتدرن فان هذا القدر يفعل فعلا شديدا

ويظهر الانفعال جليا حينما يكون التدرن ظاهرا كما فى داء الذئب (ليپيس) فانه يحدث هناك تغيرات تظهر فى مضادات التدرن على درجة مدهشة فلا يمضى الا ساعات قليلة على حقن العلاج فى جلد الظهر حتى تبتدئ البقع المصابة بالذئب فى الورم والاحمرار ويحدث ذلك غالبا قبل القشعريرة ويزيد الورم والاحمرار فى مدة الحمى وقد يبلغان درجة عليا حتى أن النسيج الذئبى يسمر

(فعل العلاج فى النسيج التدرنى) — لا نعلم حتى الآن كيفية فعل هذا العلاج بالتحقيق لان المباحث الهستيولوجية لم تتم ولكن نعلم أن هذا العلاج لا يميت نفس باسيل التدرن بل يفعل بالنسيج المحيط به ويحدث عدا ذلك اضطرابا فى الدورة كما يظهر من الورم والاحمرار وأخيرا يحدث تغيرا عميقا فى تغذية النسيج المصاب فيموت بسرعة أو ببطء ويكون الجزء الميت سطحيا أو غائرا حسب امتداد فعل العلاج

وبالاجمال ان المقدار الذى يستعمل من هذا العلاج لا يقتل الباسيل التدرنى بل النسيج المصاب وهذا هو حد فعل العلاج أى انه يؤثر فى نسيج الحى المصاب بالتدرن وليس له تأثير فى النسيج الميت كالقطع المتجبنة والعظام الميتة ولا فى النسيج الذى مات بفعل نفس العلاج

وهذه الانسجة قد تحتوى على باسيل حتى ينبذ من الجسم معها أو يفارقها الى ما يجاورها من الانسجة الحية وهذا الامر يجب اعتباره فى العلاج اذا أريد الانتفاع بكل منافعه فيلجأ الى سكين الجراح مثلا لازالة الاجزاء التى أفسدها العلاج قبل أن يغادرها الباسيل ويدخل الانسجة التى حولها واذا لم يكن ذلك ممكنا وترك الجسم ليطرح تلك الاجزاء من تلقاء نفسه وجب أن نوقى الاجزاء الحية بتكرير العلاج من دخول الباسيل فيها

(فائدة هذا العلاج فى التشخيص) - هى أن الاعراض المتقدم ذكرها توجد بعد التلقيح بجزء من مائة من السنتيمتر المكعب من العلاج ويحق لى أن أقول ان هذا العلاج سيساعد على التشخيص مساعدة لاغنى عنها اذ به يمكننا أن نشخص حوادث السل غير المقطوع بها مثل الحوادث التى لا يمكن القطع فيها بوجود الباسيل أو الالياف المرنة فى النفث أو بالفحص الطبيعى وآفات الغدد وتدرن العظام الخفى وأحوال تدرن الجلد التى يشتبه فيها كل ذلك يمكن تشخيصه بواسطة هذا العلاج بسهولة ويمكننا أن نتأكد من تمام سير المرض فى حوادث تدرن الرئتين والمفاصل التى شفيت حسب الظاهر اذ لم تزل بعض المراكز المرضية كامنة كالنار المخبوأة خلال الرماد

(كمية العلاج) - يستعمل هذا العلاج تدريجا من مللى واحد الى سنتى واحد أو أكثر بحسب درجة تحمل المريض فى داء الذئب وفى الجذام وفى درن العظام والمفاصل ودرن الرئتين الحديث ودرن العقد الليمفاوية وما شابه ذلك

أما علاج المسلولين فيختلف عن علاج غيرهم لان الذين بهم تدرن رئوى حقيقى أشد تأثيرا من الذين بهم تدرن جراحى وفعل العلاج يظهر فى المسلولين غالبا بازدياد السعال والنفث قليلا بعد الحقنة الاولى ثم يخفان رويدا رويدا حتى يزولا تماما فى بعض الاحوال ويفقد النفث صفته الصدرية ويصير مخاطيا وحينئذ يقل عدد الباسيل أو يزول ثم يظهر ثانيا ولا يتم زواله الا بانقطاع النفث وحينئذ يبطل عرق الليل ويتحسن منظر المريض ويزيد وزنه والمسلولون الذين فى الدرجة الاولى اذا عولجوا بهذا العلاج مدة من أربعة أسابيع الى ستة زالت عنهم أعراض السل وأما المسلولون الذين تكونت بؤر صغيرة فى رئتهم فتحسنت حالتهم وأما من كثرت فى رئتهم البؤر الكبيرة فلم يستفيدوا شيأ سوى أن نفثهم قل فهذه

الامور دعتنى الى حسبان السل من الامراض التى تشفى بهذه المعالجة اذا كان فى بدايته

(المبحث الرابع فى غنغرينا الرئة)

الذى درس غنغرينا الرئة وذكر لها شكلين منتشرة ومحدودة هو (لاينك) ففى الشكل الاول تكون غنغرينا الرئتين منتشرة فى ابعاد مختلفة وهو أقل حصولا من الثانى وفى الشكل الثانى تكون الغنغرينا قاصرة على بعض فصيصات من الرئة معقبة للالتهاب الرئوى الفصيصى وقد تمتد الى عدة فصيصات فتميت أجزاءها وتتنكرز وتنفصل

(الاسباب) - أسباب هذا الداء كثيرة كالاسباب الميخانيكية وعدم كفاية الدم لتغذية الرئة وسد الشرايين الرئوية أو الشعبية وضغط بعض العروق بمتحصل مرضى أو بتأثير السم الاجامى ومنها الالتهابات الرئوية والشعبية

(الاعراض) - مدمنو الخمر وذووا البول السكرى والقنية السيئة ومن عندهم حالة تيفوسية أو حصبة عرضة لالتهابات رئوية شعبية تنتهى أحيانا بالغنغرينا فيشاهد عندهم أعراض موضعية التهابية وأعراض عمومية لحركة حمية وخلافها ومن تقدمت عندهم الغنغرينا حتى اتصلت بالشعب كانت رائحة بصاقهم نتنة جدا وربما حصلت أنزفة رئوية ونجد عندما يتكون الكهف صفاته كالتكلم الصدرى والنفخ الكهفى

(التشخيص) - تشتبه هذه الغنغرينا بالالتهاب الشعبى المزمن خصوصا العفن ولكنه يتميز عنها بطول مدته ودوام نتنه وكونه قابلا للشفاء ولا يوجد به المواد الليفية المرنة المنقذفة بالنفث ولا الكهف الغنغرينى وقد سبق تمييزه عن السل

(الانذار) - انذار هذا المرض خطر خصوصا اذا كانت الغنغرينا منتشرة اذ يحصل الموت سريعا ويبطئ فى المحدودة وربما انتهت بالشفاء اذا كانت صغيرة جدا

(التشريح المرضى) - لكون بعض الاجزاء الميتة خرجت مع البصاق الذى كان يتصاعد منه رائحة كريهة منتنة يشاهد فى محلها تجويف يتصل بالشعب واذا بحث عن الاجزاء الميتة بالميكروسكوب يرى انها مكونة من ندف رزقاء مشتملة على كرات صديدية وخلايا كبيرة وتترشح بحبوب دهنية وعلى ألياف خلوية مرنة وحبوب ملونة وبلورات من المرجارين وكرات بيضاء وتيروزين وفطر يشبه الفطر المسمى ليبتوتريكوس الفمى وهذه

العناصر توجد أيضا فى التجويف الرئوى المتخلف عن انفصال ما أميت من منسوجها ويعرف بالكهف الغنغرينى ويوجد حول هذا الكهف غشاء ذو طبقات أولاها مكونة من بقايا منسوج الرئة أى من ألياف مرنة وأوعية مغلقة ملتصقة بما يجاورها والثانية مكونة من منسوج رئوى متكبد تكبدا أزرق يتمزق بسهولة ويدمى وحويصلاتها ممتلئة بقيح وخلايا كبيرة دهنية والثالثة تكون ملتصقة بالاجزاء السليمة وفيها صفات الالتهاب الشعبى الرئوى النزلى هذا كله فى الغنغرينا المحدودة

وأما الغنغرينا المنتشرة النادرة الحصول فصفاتها كصفات المحدودة الا أنها منتشرة فى الرئة وتعقب الالتهاب الفصى واذا كان مجلسها سطح الرئة أحدثت التهابا بليوراويا اماغنغرينيا او اماقيحيا ويجوز مرور قطع من الرئة فى الشرايين الرئوية ثم منها الى القلب اليسارى فيحدث سدا اوعائيا وهذا المرض يعد مكروبيا (ليبتوتريكوس)

(المعالجة) - تنحصر فى حفظ قوة المريض بالمقويات كالنبيذ والكينا والكؤل والكريوزوت وتستعمل المصعدات القطرانية والفينيكية حول المريض ويعطى كل يوم ملعقة من الممزوج الآتى

نبيذ ملجا	٢٥٠	جراما
شراب بسيط	٥٠	«
كونياك عتيق	٢٥	«
كريوزوت نباتى	١	«

(تنبيه)

قد ذكر بعض المؤلفين هنا حالتين رئوتين وشرحهما شرحا مخصوصا وهما حالة تحصل من استنشاق الاتربة بالتنفس وحالة تحصل من سد أوعية فى الرئة ولكن حيث سبق لنا ذكرهما الاولى فى الالتهابات الشعبية والثانية فى الغنغرينا وضمور الرئة فلا حاجة لاعادة ذكرهما مفردين لان ما فعلناه أنسب

(المبحث الخامس فى انفيزيما الرئة)

هذا مرض يتصف بتمدد حويصلات الرئة لضعف مرونتها الطبيعية أولاحتباس الهواء

فى الحويصلات بعائق فى الشعب فيصيب جزأ من الرئة أو فصا وقد ينتشر فى الرئتين

(الاسباب) - يحصل هذا المرض من كثرة فعل المجهودات الشاقة ومن طرو أمراض الشعب والرئتين كالالتهاب الشعبى والربو والسعال الديكى لاسيما الشعبى المزمن الجاف فمن الحاح السعال النوبى تتشنج الشعب الصغيرة فتتمدد الحويصلات بالهواء ثم تعود لحالتها ثم تتمدد ثم تعود وهكذا حتى تضعف بهذا الفعل الميخانيكى مرونة تلك الحويصلات والشعب الدقيقة ثم بأدنى مجهود تتمدد ولا تعود لأصلها وحينئذ يزداد حجم الجزء المصاب ويتموج فى جدران الصدر فاذا عم الرئة تنزلت عن موضعها الطبيعى ولا تختص اصابة هذا المرض بسن لكن سن الشيخوخة أكثر عرضة له من غيره وسببها عند الشيوخ ضعف التغذية ورقة وضمور مسالك الهواء (وفرانيد) يعتبر أن السبب هو تمدد الصدر لصلابة الغضاريف

(الاعراض) - اذا نظرنا الصدر المصابين بالانفزيما نراه متسعا ذا احديداب والحفرة تحت الترقوة مرتفعة والتنفس صعبا وحركة الزفير مستطيلة وبالقرع نجد رنة الصدر زائدة عن الحالة الطبيعية وربما تمتد الى الاجزاء التى توجد الاصمية فيها عادة كقسم القلب فيحصل حينئذ من عوق التنفس عوق الدورة فينحبس الدم الآتى من القلب اليمين فيحصل حينئذ تغير فى صمام مترال واضطرابات تضاعف الانفيزيما ومن هذا التمدد وعدم اتمام حركات التنفس ينقص سطحه ٥٠ فى المائة وذلك يثبت بقياس التنفس ثم ان عسر التنفس يأتى على نوب وهذه النوب تكون أحيانا شديدة خطرها يزيد عند وجود آفات أخرى مضاعفة للانفيزيما كامراض القلب والشعب والرئة الدرنية

(التشريح المرضى) - عند فتح جثة المصاب بهذا الداء نرى أن الرئة زائدة الحجم منتفخة مزرقة واذا ضغط عليها لا يحصى صريرها لانحباس الهواء فيها ويكون الانتفاخ زائدا فى قمتها وحافتها المقدمة وأوعية الاجزاء محتقنة غير منتفخة واذا انفخت قطعة منها وجففت وقطعت للبحث عنها بواسطة الميكروسكوب يرى انها مكونة من منسوج اسفنجى وان الحويصلات الرئوية متمددة وصار حجمها كحجم حبة الدخن أو البندقة وربما تمزقت جدرها واتصل تجويفها بتجويف الحويصلات المجاورة لها ويوجد فى قمة رئة الشيوخ

الانفيزيما وبين طرق عديدة بين التجاويف المذكورة

(المعالجة) ـ تنحصر فى معالجة المرض الذى تسببت عنه الانفيزيما وفى مساعدة التنفس بالاستنشاقات الاوكسيجينية أو بالهواء المضغوط وتستعمل القلويات كبى كربونات الصودا والمنفثات كالقرمز وأملاح النوشادر والمسكنات كالكمية المقدرة من خلاصة البنج وست الحسن

(المبحث السادس فى انضغاط الرئة)

انضغاط الرئة حالة تغاير حالة الانفيزيما فان الانضغاط يكون فيه منسوج الرئة مكبوسا فيهرع الهواء من الحويصلات ومن الشعب الدقيقة وفى الانفزيما يكون منكمشا منمدجا خاليا من الهواء كمنسوج الطحال

(الاسباب) ـ الانضغاط يكون تارة خلقيا فتولد الاطفال برئة منضغطة مرتبطة بفقد التنفس أو دخوله بكمية غير كافية فيبقى الفص السفلى على حالته الخلقية عند ضعفاء البنية منهم فاذا نفخ فيها او دخل الهواء تكون حافظة لتمددها الطبيعى وتارة يكون مكتسبا وذلك لسببين الاول انسداد الشعب الدقيقة بالمخاط فلا يمكن دخول الهواء فى الحويصلات وما كان منه فيها امتصه الدم وبذا تحتقن الرئة وتنضغط ويشاهد ذلك عند من أصيب من الاطفال بالتهاب شعبى شعرى وعند ضعفاء البنية والثانى هو انسدادها بالانسكابات البليوراوية السائلة والهوائية وضخامة القلب الزائدة وبالنضح التامورى وأنورزما الاورطا فبهذه يحصل انضغاط الفص السفلى متى ارتفع الحجاب الحاجز بالاستسقاء الزقى والانتفاخ الغازى وأورام البطن وبتأثير انحناء القفص الصدرى من عيب فى شكل عظامه

(الاعراض) ـ فى أغلب الاحوال تتعلق أعراض هذا الانضغاط بالمرض الاصلى المحدث له فلذا تتعسر معرفة الانضغاط الذى يحصل من انسداد الشعب الصغيرة عند الاطفال الا اذا امتد ووصل للفص السفلى فانه حينئذ يشاهد انضغاط جدر الصدر وقت التنفس بسبب تأثير الهواء وانقباض الحجاب الحاجز

وبالبحث على الصدر يستدل على أصمية وعلى خفة أو زوال أعراض الالتهاب الشعبى

واللغط

واللغط التنفسى وهذه العلامات تشبه علامات الالتهاب الرئوى الفصيصى ولمعرفة الانضغاط الناتج عن عيب فى شكل عظام الصدر أهمية فان المصابين به قد يعيشون زمنا طويلا بغير عوق فى التنفس ومع ذلك لو نظر اليهم بالدقة يرى أنهم يتنفسون بسرعة ومجهود تعودوا عليه وقد يحصل عندهم اضطراب فى الدورة عقب التهاب شعبى خفيف يزول أحيانا وأحيانا يعقبه الموت وقد تمتد أصمية القلب الى جهة اليمين أو تحصل أوزيما فى الرئة فنجد الرئة متينة مضغوطة وفى بعض أجزائها انفيزيما أو نجد القلب متمددا ونصفه اليمين ضخما وقد يطرأ عليهم فى أحوال أخرى عسر فى التنفس وسعال وبصاق وبذلك لا يمكنهم عمل أفعال شاقة

(المعالجه) ـ تنحصر بالاكثر فى معالجة الامراض المحدثة للانضغاط وبالنظر للطب العملى يلزم ملاحظة التنفس فيمنع المريض من النوم على الظهر بقدر الامكان ويؤمر بفعل مجهود سعال شيأ فشيأ والحمامات الفاترة تحسن الحالة أو تزيلها وبها أيضا يعالج ضيق النفس الناتج عن عيب فى عظام الصدر ويعالج القلب بالديجيتالا وأخيرا تعالج الحالة بحسب الاعراض

(المبحث السابع فى أوزيما الرئة)

هى ارتشاح الرئة بمادة مصلية زلالية ملونة بالدم فيما بين الفصيصات وتجويف الحويصلات فيحصل من ذلك اضطراب عظيم فى التنفس وهى التى تكون أحيانا الدور الاخير لكثير من الامراض الحادة والمزمنة كأمراض القلب والرئتين والكليتين وغير ذلك فيعقبها الموت غالبا وقد تكون وقتية تزول بسرعة حتى فى الامراض التى ذكرت

(الاسباب) ـ تنشأ الاوزيما من عوق سير الدم فيرتشح سائله (كونهايم) وذلك من قلة فعل القلب الايمن كما يحصل فى كثير من الامراض وقد تكون الاوزيما التهابية وتتميز عن هذه بقلة امتدادها وقلة عوق التنفس فيها وقد تحصل فجأة بدون ان يعلم لها سبب لكن من الجائز ان يكون السبب تعوق ضربات القلب

(الاعراض) ـ العرض المهم هنا هو ضيق النفس فيصير التنفس خريريا شاقا حتى ان غالب العضلات يساعد عضلات التنفس وتصير الشفتان والخدان سيانوزية شيأ فشيأ

وبالتسمع نجد خراخر رطبة وصفيرية فى الشعب الكبيرة أو فقاعية صغيرة وبالقرع يسمع غالبا اصمية وقد لا يسمع الاصوت طبيعى

(المعالجة) - حيث ان غالب أحوال الاوزيما الرئوية يكون الدور الاخير لبعض الامراض فيتعسر بسبب ذلك زوالها ولكن يجب علينا ان نسعى فى ازالة احتقان الدورة الصغيرة ولكون الظاهر ان السبب المرضى للاوزيما الرئوية هو القلب وخصوصا البطين اليسارى يجب علينا استعمال الوسائط المنبهة كالحقن تحت الجلد بالكافور والاتير فى كل نصف ساعة أو ساعة مرة ويعطى من الباطن الكافور والمسك والنبيذ والقهوة ويوضع على الصدر المحولات مع رش الماء البارد عليها واذا ظهرت الحالة السيانوزية وكان الشخص قويا جاز استعمال الفصد أو الحجامة الجافة وللمسهلات أو الحقن الخلية فائدة فى ذلك وهذه الوسائط وان كانت تنجح فى أحوال الاوزيما الرئوية المصاحبة للتيفوس لكنها لا تنجح فيها مصاحبة لامراض القلب والكلى فان الموت يعقبها

(الباب الخامس فى أمراض البليورا)

(المبحث الاول فى الالتهاب البليوراوى)

هذا مرض التهابى يصيب البليورا بتمامها أو بجزء منها ويتنوع الى التهاب بليوراوى أصلى والى تابعى والاصلى أقل حصولا من التابعى وهو بالنسبة للنضح نوعان جاف ورطب

(الاسباب) - الالتهاب البليوراوى الاصلى ينشأ عادة من البرد أو من اصابات جراحية وأما التابعى فيعقب أمراضا موضعية وعمومية فالموضعية هى أمراض الرئة كالالتهاب الرئوى الغشائى الكاذب والفصيصى والنزلى وغنغرينا الرئة والتدرن الرئوى والخراج الرئوى وغير ذلك والعمومية هى التى يمكن حصول الامراض المذكورة فى اثناء سيرها ولذا قد يحدث الالتهاب البليوراوى فى اثناء سير أمراض خطرة وغير خطرة فكثيرا ما شوهد اثناء التدرن الرئوى المزمن لكن لا تتميز علاماته ابتداء لاختلاطها بعلامات التدرن ولا تعرف حقيقة حاله الا بالتشريح المرضى كما شاهدنا ذلك

وانى أعد من أسباب هذا المرض أمراض الاعضاء المجاورة فقد شاهدته فى التهاب الكبد وخراجه وفى سرطان المعدة وفى التهابات الاغشية المصلية الاخرى خصوصا

الالتهاب البريتونى الدرنى وكذلك شاهدت حالة منه فى مرض (برايت) وقد يحصل أيضا مع الحدار والنقرس

(الاعراض) - يندر أن الالتهاب البليوراوى يحصل فجأة ويعرف بطرق قشعريرة وحمى نادرة وعند عدم طروها يكون العرض المهم هو الالم الجنبى الذى يحس به المريض وهذا الاحساس يزداد عند ايجاد حركة التنفس خصوصا اذا كان بمجهود كبير ويزداد أيضا بحركة السعال وبمجهودات أخرى حتى لا يستطيع المريض ذلك لشدته

ومنها السعال والبصاق أما الاول فيحصل من تنبيه البليورا بعد الاحساس بالالم الناتج من المجهود وهو جاف عادة وأما الثانى فمتى كان هذا الالتهاب غير مصاحب لمرض آخر كانت طبقة البصاق غير مخاطية ومتى حصلت المضاعفة صار مخاطيا غزيرا ومتى تقيح النضح الالتهابى واتصل بالشعب صار المخاط قيحيا ومنها أيضا ضيق النفس وهو ينشأ من ألم الجنب وتقدم الداء فان التنفس يصير سطحيا متكررا وأحيانا يحصل من ضغط الرئة الحاصل من النضح الالتهابى الذى يختلف كمية وسرعة على حسب درجة المرض وبنية المريض

(علامات الصدر) هى الالم الذى ذكرناه الدال على هذا الالتهاب لكن شدة هذا الالم وان تكن غير مناسبة لشدة وامتداد الالتهاب الا انها تزداد بالمجهودات كما تقدم وبالضغط على النقط المؤلمة التى هى عادة بين الاضلاع

أما هيئة الصدر فتختلف تبعا لنوع الالتهاب ففى الجاف الليفى تكون جهتا الصدر المريضة والسليمة متساويتين حجما غاية الامر يشاهد غالبا تأخر فى حركة التنفس من الجهة المريضة ولذا تنام المرضى على الجهة السليمة وأما فى الرطب أى المصحوب بسائل كثير من النضح فى تجويف البليورا المؤفة فلا يعرف تغير شكل الصدر الا اذا وصلت كمية هذا السائل الى ٣٠٠ جرام تقريبا وحينئذ تشاهد مساواة ما بين الاضلاع بها وارتفاعها عنها فى محاذاة الجزء المشتمل على السائل البليوراوى ثم اذا زاد السائل عن ذلك كان ثدى وكتف الجهة المريضة بعيدين عن الخط المتوسط بالنسبة للجهة السليمة ويتسع مراق الجهة المؤفة

بسبب ضغط هذا السائل على الحجاب الحاجز وعلى ما يوجد بأسفله وحينئذ تزيد الجهة المؤفة بعض سنتيمتر عن الاخرى فتلتجىء المرضى الى النوم على الجهة المريضة ليتيسر لها التنفس بالجهة الأخرى وقد يتعذر عليهم التنفس فيضطرون الى الجلوس وهذه الحالة توجب نقل بعض الاجزاء المجاورة من مواضعها الطبيعية كالقلب والكبد والمعدة

وبالقرع على النقط التى تكون فيها سائل النضح الالتهابى يسمع الصوت أولا معتما ثم أصم تدريجا ويختفى الخرير الحويصلى ثم يسمع نفخ شعبى غير رنان ثم يزول عند زيادة السائل كثيرا ومجلس الاصمية يختلف بالنسبة لاوضاع المريض وبالنسبة لكمية ما ارتشح فى تجويف البليورا من السائل ففى ابتدائه تشغل الجزء الخلفى السفلى من الصدر ثم ترتفع وتشغل أسفله الى أعلاه حتى تصل أحيانا الى الضلع الثالثة وحينئذ تشاهد هيئة الصدر التى ذكرت وأعراض الضغط وأما اذا كانت كمية السائل متوسطة فلا تصل الى هذا الارتفاع ولا يمكن تحديد النضح فى الجزء السفلى من الجهة اليمنى لمجاورة الكبد للبليورا وأما فى اليسرى فيمكن تحديده واذا كانت الرئة ضامرة يسمع أحيانا صوت طبلى معتم يشبه صوت اناء مجبور بسبب أن بعض الشعب قرب من جدران الصدر خصوصا عند من أحدثوا حركة شهيق شديدة فاحتبس الهواء فى الصدر واذا كانت كمية السائل غير غزيرة سمع فى الشعب عند احداث التكلم رنة ضعيفة يقال لها تكلم شعبى واذا كانت قليلة سمعت رنة حادة اهتزازية فى صوت المتكلم تمر من الشعب وتصل لأذن السامع (صوت معزى)

ونضيف الى ما ذكر علامات انتقال بعض الاجزاء المجاورة عن محلها الطبيعى بسبب ضغط السائل عليها كما ذكرنا ويعرف ذلك بالبحث على الكبد والقلب والمعدة الخ لانه متى اجتمع السائل بكمية غزيرة وحصل ضغط على الرئة صعدت الى الاعلى والانسية فيقل فعلها للتنفس بل يمكن وقوفه مدة الضغط

وأما الاعراض العمومية فهى الحمى التى ربما تصل درجة حرارتها الى ٤٠ فانها تتنقل فى الالتهاب الطويل من ٣٨ الى ٣٩ ونصف وتكتسب الشكل الدقى وفى الالتهاب البليوراوى الدرنى ترتقى عن ذلك كما اذا صار النضح قيحيا وفى الغالب أنها تصحب بقشعريرة

كما قدمنا والنبض يزداد عدده فيصل أحيانا فى الدقيقة الى ١٠٠ أو أكثر وقد يكون غير منتظم ويضاف لذلك الملل والضعف وفقد الشهية وتغير فى لون الوجه وألم رأسى ثم متى أخذ النضح فى الازدياد تناقص البول حتى يصل فى اليوم والليلة الى ٢٠٠ جرام أو ٤٠٠ وتزيد كثافته الى ١٠٢٨ ويتكون فيه رواسب من البولات وان زاد البول ووصل الى ٢٥٠٠ جرام أو ٣٠٠٠ وقلت كثافته دل ذلك على امتصاص النضح

(الاشكال) — منها الالتهاب البليوراوى الليفى وهو اما أن يكون ليفيا أصليا مصحوبا بنضح أولا واما أن يكون مصاحبا لالتهاب رئوى فصى ومنها الالتهاب الليفى المصاحب أو المعقب لالتهاب رئوى أو بريتونى أو سحائى فيوجد على سطح البليورا حينئذ حبوب درنية ترى بالعين أو بالعدسة الكبيرة وهذا لا يتم شفاؤه

ومنها الالتهاب البليوراوى القيحى وهو أن يتكون فى تجويف البليورا سائل قيحى من تأثير ميكروب مولد للقيح وهذا الشكل خطر ويصحب بأعراض عمومية تيفوسية وربما أن القيح يتطرق من الشعب فيخرج الى الخارج فينشأ من ذلك تجمع هوائى صدرى

(التشخيص) — يسهل معرفة الالتهاب البليوراوى الجاف باحتكاكات وريقتى البليورا مع أصوات رنانية منتشرة غير طبيعية واذا ضغط على الصدر زادت كثافتها وبالسعال تتغير تلك الاصوات والاحتكاكات وقد يشتبه هذا الالتهاب بالالتهاب التامورى ولكن يمكن تمييزهما بأن الاحتكاكات التامورية تصاحب حركات القلب فلا تقف عند وقوف التنفس وسماعها يكون على يسار الحافة اليسرى من القص فى محاذاة الضلع الثالثة والرابعة أما احتكاكات البليوراوى فتسمع على يسار الحافة اليسرى للقلب وتقف بوقوف التنفس فاذا عدمت الاحتكاكات صعب التشخيص وربما اشتبه بالآلام العصبية بين الاضلاع وبالروماتزم وغيره لكن تتميز هذه الآلام بمجلسها وكونها وقتية غير مصحوبة بحمى بخلاف ما هنا

وأما النوع الرطب فتشخيصه سهل أيضا متى عرف وجود سائل فى تجويف البليورا وعرفت طبيعته أيضا ويتميز عن الارتشاح الالتهابى لمنسوج الرئة بمادة ليفية أو جبنية بأن الاهتزازات الصوتية هنا تنقص وتزداد هنالك وان الشعبة التى تنفتح فى البورة الرئوية

تكون مملوءة أحيانا بافراز ومتحصل ليفى بخلافها هنا ثم اذا حصل شك لزم البحث عن نوع الاصمية وشكلها فانها فى البليورا تزداد وكلما قربنا من الاجزاء السفلى تتجه من الجزء الخلفى الى الجزء المقدم السفلى بانتظام وتتغير بتغير أوضاع المريض وان المرض هنا طويل المدة وحماه خفيفة وأما فى الرئوى فبخلاف ذلك فضلا عن تميزه بالبصاق الصدئى ووجود الخراخر الرطبة الصغيرة أو النفخ الشعبى وحماه شديدة قصيرة وغير ذلك من أعراضه وقد يشتبه هذا النوع أيضا اذا وجد السائل فى الجهة اليمنى بضخامة الكبد لكن زيادة حجم الكبد تميزه لانها هناك لا تقتصر على جزئه العلوى عادة وأصميته تتجه الى الاسفل وتتغير بحركات التنفس بخلافها فى البليوراوى

أما طبيعة هذا السائل فلا تعرف الا بالبزل الاستقصائى والعلامات المرضية والاسباب التى أحدثت المرض

(السير والانتهاء) – الالتهاب البليوراوى قد ينتهى سائل نضحه اما بالامتصاص من نفسه واما بسبب استفراغ كمية منه وحينئذ تزول العلامات الدالة على وجوده ويحصل الشفاء وقد ينتهى بالالتصاق الجزئى أو الكلى للوريقتين وقد لا يمتص السائل بل يبقى على حالته مدة ثم ينتهى حينئذ بخروجه اما من الحويصلات أو من الشعب كما ذكرنا فى الشكل القيحى أو من طريق يتخذها فى الجلد وحينئذ يندر الشفاء

(الانذار) – يكون الالتهاب البليوراوى خطرا فى الشكل القيحى لتعسر شفائه ومصاحبته التدرن الرئوى غالبا ويكون خطرا أيضا فيما اذا كثرت كمية السائل جدا ووقع الضغط على الرئة اذ ربما يحصل انطفاء التنفس اذا شغل السائل جهتى الصدر ويقل الخطر متى امتص السائل أو استخرج ويؤل الى الشفاء فلا يكون الانذار جيدا الا اذا كان السائل قابلا للزوال بدون تجدد كما ذكرنا

(التشريح المرضى) – فى ابتداء الالتهاب يصير الغشاء المخاطى أحمر اللون محتقنا ثم يتكون على سطحه نضح التهابى منعقد على هيئة أغشية ملتصقة بسطح الغشاء المصلى واذا كان الالتهاب البليوراوى جافا التصقت صحيفتا البليورا ببعضهما فى جزء منها أو فى جملة أجزاء واذا كان رطبا وجدت كمية وافرة من سائل المصلى فى تجويف البليورا وربما

وصلت كميته الى لتر بل اثنين ويكون السائل مصليا عادة وربما اختلط بدم وحينئذ يقال له سائل نزيفى واذا بحث هذا السائل يرى فيه كرات بيضاء وحمراء وصديدية وشحمية وندف ليفية وقد يكون قيحيا يملأ تجويف البليورا وحينئذ لابد من وجود أصل مكروبى مكون للقيح (التهاب بليوراوى قيحى) وتشاهد تلك الحالة غالبا فى الدرن الرئوى ومن الجائز عدم وجود القيح فيه بل ترى حبوب درنية كثيرة منتشرة على سطح الغشاء المخاطى (التهاب بليوراوى درنى) والدرن الذى لا يقيح لا يخرج الباسيل منه الى تجويف البليورا

(المعالجة) – يتدارك الالم بالمكمدات الباردة وبالمسكنات والحقن بالمورفين ويتدارك الانسكاب بالمحولات والمدرات للبول أو المعرقات وتستعمل المحمرات على الجلد كالخردل فمن المسكنات للالم الدهن بأحد هذين المركبين

خل عطرى ٠,٥٠ جراما

خردل ٥ ديسى

كلوروفورم .... } من كل ٢٥ جراما
زيت البنج ...... }

ومن المدرات للبول هذه الجرعة التى يؤخذ منها كل ساعتين ملعقة كبيرة

مغلى عرق النجيل ٢٠٠ جرام

خلات البوتاسا ٦ «

معسل بصل العنصل ٣٠ «

واذا كانت كمية السائل زائدة ولم تنجح الوسائط العلاجية تستعمل الجراحية لكن قبل الشروع فيها يلزم البزل الاستقصائى للوقوف أولا على وجود السائل ثم معرفة طبيعته كما ذكرنا ثم يشرع فيها فيخذ فى الجلد خدا طوله سنتيمتر ثم يبزل بآلة بازلة والمستعمل منها هو آلة بطروت وفرنسل وفرندل وديولافوا وذلك لجذب الهواء من الجهاز وانزال السائل فى اناء خال من الهواء أو فى انبوبة على شكل مص فيها الماء المحمض بحمض الفينيك وقد يستعمل شق الجلد أيضا فى بعض أحوال التجمع الصديدى فبعد فتح الصدر توضع أنبوبة من الصمغ المرن فى الفتحة لاستمرار خروج القيح منها وربما التجئ حينئذ لاستئصال ضلع ثم يغسل

(الاعراض) - هى عين الاعراض التى ذكرت فى تجمع السائل بكمية كثيرة من الالتهاب البليوراوى ثم ان معالجته تتعلق بمعالجة المرض المصاحب له المسبب للاستسقاء أما اذا كانت كمية السائل غزيرة فالبزل يكون مفيدا (راجع ماتقدم فى معالجة سائل الالتهاب البليوراوى)

(وأما تجمع الدم فى البليورا) - فينشأ من جرح فى الصدر أو من قروح الدرن الرئوى وقد يزول بدون عرض وقد يحدث عنه التهاب البليورا وحينئذ يلزم له البزل أيضا (راجع ماقلناه فى معالجة النضح الناتج من التهاب البليورا)

(وأما التجمع القيحى أو الصديدى فى البليورا) - فقد سبق الكلام عليه فى الالتهاب البليوراوى القيحى اذ لا يحصل الا عند فتح الخراج فى التجويف البليوراوى ومعالجته تكون كمعالجة ذلك الالتهاب البليوراوى القيحى اهـ

﴿تم الجزء الثالث ويليه الجزء الرابع﴾

﴿فهرست الجزء الرابع فى أمراض الجهاز البولى والتناسلى من الخلاصة الطبية﴾

صحيفة

٢ (الباب الاول فى أمراض الجهاز البولى)
المبحث الاول فى الاحتقان الكلوى
٤ « الثانى فى مرض برايت
١٨ « الثالث فى الكلى القشوية
٢٠ « الرابع فى الالتهاب الكلوى التقيحى
٢٢ « الخامس فى الالتهاب الكلوى المحيط
٢٣ « السادس فى الاورام الكلوية
٢٥ « السابع فى الحيوانات التسلقية للكلى
٢٧ « الثامن فى الكلى المتحركة
٢٩ « التاسع فى مرض اديسون
٣٠ « العاشر فى أمراض الحوض الكلوى
٤٠ « الحادى عشر فى البول الزلالى
٤٤ « الثانى عشر فى بولية الدم
٤٦ « الثالث عشر فى البول الدموى
٤٩ « الرابع عشر فى البول السوداوى
« الخامس عشر فى البول الدهنى
٥٠ (الباب الثانى فى أمراض الجهاز التناسلى)
المبحث الاول فى السيلان المجرى
٥١ « الثانى فى العنة
٥٢ « الثالث فى العقم
٥٣ « الرابع فى السيلان المنوى

﴿تمت﴾

الجزء الرابع

من (الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية)

لسعادة الدكتور النطاسى حسن باشا محمود مدير ادارة الصحة
العمومية سابقا وناظر مدرسة الطب والاجزاجية
والولادة الآن ومعلم فن الامراض الباطنة
والاكلينك الباطنى بها

اللهم
اجعله نافعا مقبولا
آمين

(حقوق الطبع محفوظة للمؤلف)

﴿الطبعة الاولى﴾

بالمطبعة الكبرى الاميرية ببولاق مصر المعزية
سنة ١٣٠٩
هجرية

(الجزء الرابع)

(فى أمراض الجهاز البولى والتناسلى)

(الباب الاول)

(فى أمراض الجهاز البولى)

(المبحث الاوّل - فى الاحتقان الكلوى)

يقال ان هنالك احتقانا كلويا اذا ورد الدم الى الكليتين وصادفه عائق فى الاوردة الكلوية والعائق الزائد الاهمية هو ما ينشأ من أمراض الجهاز الدورى والجهاز التنفسى ففى أمراض الجهاز الدورى يقف الدم الآتى من الوريد الاجوف فى القلب اليمينى وفى آن واحد تضعف الموجة الدموية فى شريان الاورطى وفروعه ومن أمراض الجهاز التنفسى التى تحدث احتقانا فى الكلى الانفزيما الرئوية والنزلة الشعبية المزمنة والالتهاب الرئوى الخلالى المزمن ونادرا السل الرئوى وكذا الالتهاب البليوراوى المزمن والتجمع الهوائى الصدرى وتأثير هذه الامراض الاحتقان فى الكليتين انما يكون بتوسط القلب وقد تصاب الاوردة الكلوية بسدد أو بضغط يقع عليها أو على الوريد الاجوف السفلى واذا وقع على الاجوف السفلى لا يكون له تأثير الا اذا كان فى الجزء الذى يعلو انضمام الوريد الكلوى بالاجوف السفلى

(الاعراض) - العلامة المهمة التى تدلنا على وجود احتقان كلوى هى تنوع صفات البول لان العلامات الموضعية تفقد غالبا وفى أغلب الاحوال تحس المرضى بتمدد وبضغط فى القسم الكلوى وهذا الاحساس يزداد بالجس والبول يتناقص بحيث يصل الى خمسمائة أو ثلثمائة سنتيمتر مكعب فى الاربع والعشرين ساعة بدل ان يكون ألفا وخمسمائة الى ألفين ويصير مقتما حاملا لمواد مختلفة وتأثيره حمضيا وكثافته ألفا وثلاثين بعد أن كانت فى العادة ألفا وخمسة عشر أو ألفا وعشرين واذا ترك البول ونفسه يرسب منه مادة ترابية حمراء كالطوب مكونة من بولات الصودا التى تتحلل باضافة حمض الخليك أو

حمض الكلورايدريك عليها وقد نجد من حمض البوريك بلورات تزول بالحرارة ويشتمل البول على خلايا مستديرة منعزلة وخلايا بشرية من المثانة ومجارى البول وعلى بعض كرات دموية يزداد عددها أحيانا حتى أنها تلوّن البول باللون الاحمر وقد يوجد فيه بعض أسطوانات وبعض كرات شحمية وقد يفقد الزلال من البول أو يوجد منه كمية قليلة وتنسب قلة البول الى أنيميا الكليتين الشريانية وبسببها أيضا يوجد كم من الزلال فى البول وقد يصاحب ذلك احتقانات أخرى

(التشخيص) - هو سهل عند علم أسباب المرض وتغيرات البول ويتميز الاحتقان الكلوى عن الالتهاب الكلوى بفقد الزلال من البول فى الاوّل أو بقلة كميته اذا وجد وعدم ثبوت الانابيب فيه غالبا بخلافها فى الثانى

(التشريح المرضى) - الكليتان المحتقنتان تعرفان بكبر حجمهما حتى تبلغ ضعف مقدارهما الاصلى ثلاث مرات ولونهما يصير أسود أو أحمر مزرقا ثم يبهت اذا استمرت أسباب الاحتقان مدة ومحفظتهما تتغطى بطبقة شحمية ويسهل انفصالها ويخرج منها عند شقها منسوج الكلى على شكل فتق ويسيل دمها بكثرة ويصير منسوجها متينا اذا قاومة ويسيل منه عند الضغط عليه مادة سائلة ايزيماوية تتميز عن البول بعدم اشتمالها على عناصره وعند طول الزمن يجوز حصول الاستحالة الشحمية

(الانذار) - هذا الاحتقان الكلوى غير خطر بنفسه وانما يحدث خطره من السبب الذى أحدثه

(المعالجة) - يلزمنا ملاحظة السبب الذى أحدث الاحتقان الكلوى فان كان ناتجا عن مرض فى القلب يعطى منقوع الديجيتالا بان يكون منها نصف جرام فى مائة ماء مضافا الى ذلك نترات البوتاسا أو سائل خلات البوتاسا أو كربونات البوتاسا أو بى ترترات البوتاسا بمقادير معلومة محلى كل ذلك بشراب بسيط ويعطى منه كل ساعة أو ساعتين ملعقة ويلزم أن لا يطول زمن استعمال الديجيتالا وتعطى أيضا أوراق الديجيتالا على شكل مسحوق مع مركب حديدى كلبنات الحديد عند ضعف البنية وتستعمل المركبات المقوية الاخرى وكذا المسهلات عند اللزوم

(المبحث الثانى - فى مرض برايت)

هذا المرض منسوب الى ريشار برايت الانجليزى الذى أبان فى سنة ١٨٢٦ الارتباط بين الكلى المريضة وافراز الزلال بالبول وأوزيما الجلد وبعضهم اعتبر لهذا المرض شكلين حادا ومزمنا الا أن هذا لايمنع ظهور المزمن بدون استشعار باعراض الحاد وبعض المؤلفين يعتبر حدا فاصلا بين الالتهاب الكلوى البشرى والالتهاب الكلوى للمنسوج الضام لكن لايمكن فى الواقع تمييزهما وفصلهما عن بعضهما فصلا كلينيكيا ويحتمل ان يقال ان التهاب أحدهما أزيد من الآخر

وهذا المرض منقسم الى ثلاثة أقسام - التهاب كلوى منتشر حاد - والتهاب كلوى منتشر مزمن - والتهاب كلوى خلالى مزمن

(فالالتهاب الكلوى المنتشر الحاد) - هو الحالة الالتهابية التى تحصل فى زمن قصير عقب مؤثر مرضى وينقسم الى التهاب عفن وتسممى وأصلى

(الاسباب) - منها المؤثرات الرديئة المرضية ذات الطبيعة المختلفة التى تؤثر على الكلى مباشرة بطريق الدورة ويخرج جزء منها مع البول ولذا تكون التغيرات التشريحية للكلى بمناسبة المؤثر المرضى ومنها المؤثرات العفنة المحدثة للالتهاب الكلوى العفن كالقرمزية التى تظهر عادة فى الاسبوع الثالث وفى الجدرى وفى التيفوس البطنى الا أنها هنا تكون خفيفة وكذا تشاهد فى التيفوس الطفحى وفى الحمى الراجعة والنفاسية وفى الهيضة وفى الدفتيريا خصوصا الشكل الخبيث وفى الامراض التسممية وفى التهاب الغشاء الباطن للقلب التقرحى وفى الالتهاب الرئوى الكروباوى وفى انتهاء سير الصرع والجدار المفصلى والتيتانوس وفى الامراض العفنة المزمنة كالتدرن الرئوى وكالزهرى والاسكربوط والامراض البنيية والمؤثرات البادية ومنها الاسباب المحدثة للالتهابات الكلوية التسممية التى تأتى من مرور جواهر سمية من خلال الكلى وأهمها الحوامض المعدنية كحمض الكبريتيك والنتريك والكلورايدريك ثم الزرنيخ والفوسفور والرصاص وكربونات البوتاسا الخ ومن الاسباب أيضا بعض الادوية كبصل العنصل وبلسم الكوباى والترمنتينا وحمض الساليسيليك وكلورات البوتاسا وكذا بعض الادوية التى

توضع على الجلد كالزراريح ومركبات القطران والبترول والميعا وزيت النفض وكذا حمض الفينيك واليودوفورم والمتبلات والكؤل

واذا ظهر المرض بدون أن يعلم له سبب يقال له الالتهاب الكلوى الاصلى وأحيانا يكون للبرد فى حصوله نصيب وقد يعرض الالتهاب الكلوى للحوامل ولا يشاهد الا فى الاشهر الاخيرة خصوصا فى الحمل الاول وسببه غير معلوم جيدا وبعضهم نسبه الى تأثير الرحم المملوء الضاغط على الاوعية الكلوية

(الاعراض) - العرض الرئيس المميز لهذا المرض هو تغير البول بأى درجة كان ويلزم الطبيب أن يبحث عنه متى توهم وجوده حيث يحصل فى أغلب الاحوال تغير فى بشرة القنوات البولية فيوجد حينئذ الزلال فى البول وقد يكون المرض قاصرا على وجود الزلال فى البول وأحيانا يوجد فى البول اسطوانات زلالية وكرات بيضاء والبول ينقص فى جميع أحوال الالتهاب الكلوى بسبب نقص افراز مائيته وانغلاق بعض أنابيب بولية بالاسطوانات وبالخلايا البشرية التى تفلست ولذا يصل المنفرز منه الى سبعمائة أو أربعمائة سنتيمتر مكعب بل يصل الى مائة وربما وقف افرازه بالكلية وتتعلق التغيرات البولية بالتغيرات العضوية للكليتين ولذا يستدل على تحسن المرض بزيادة البول التى تنقص عندها الاوزيما الحاصلة وتبلغ هذه الزيادة ألفين وخمسمائة الى ثلاثة آلاف

وثقل البول يتغير فيزداد فى شدة المرض بسبب قلة مائيته وازدياد مواده الصلبة ويكون أحيانا ألفا وعشرة الى ألف وخمسة عشر وأحيانا أخرى ألفا وعشرين الى ألف وثلاثين ومتى تحسن المرض ينزل الى ألف وخمسة وهذا البول ان كان حديثا يكون عكرا وينزل راسبا ندفيا مختلف الكمية ويقال له البول النزيفى اذا اشتمل على دم يوجب احمراره أو اسوداده ويعطيه الضوء هيئة مخضرة وبالنظارة المعظمة يشاهد فى هذا البول عناصر أخرى كالاسطوانات والخلايا البشرية الخ ومن تسلطن أحد العناصر التى توجد فى البول قسموا هذا المرض الى التهاب كلوى نزيفى والتهاب كلوى غير نزيفى والتهاب تفلسى وهو ما وجدت فيه خلايا متفلسة بكثرة والتهاب شحمى وهو ما وجدت فيه كرات شحمية لكن ليس هناك حد فاصل يميز بين هذه الاشكال

وبالبحث الكيماوى عن بول المصابين بالالتهاب الكلوى يستدل على وجود كمية عظيمة من الزلال فى البول ويظهر فيه بتأثير درجة حرارة خفيفة ولكون تأثيره حمضيا يرسب فى قاع الاناء شاغلا لنصف أو ثلاثة أرباع حجم البول المعرض للحرارة ويكون مقداره من (٢) ديسى الى جرام واحد فى المائة ويتفرز منه فى الاربع والعشرين ساعة من ٥ الى ٨ جرامات تقريبا وقد يكون أكثر من ذلك لكن لا يزيد عن عشرين جراما وبالبحث أيضا عن المواد الأخرى الموجودة فى البول يستدل على أن كمية البولينا وحمض الفوسفوريك تنقص

وأما الاعراض الموضعية فلا توجد دائما بحيث تدلنا على تغير فى الكلى وانما توجد كثرة البول مصحوبة غالبا بحرقان وزحير وقد تحس المرضى بآلام خفيفة فى قسم الكليتين ومتى تمكن الداء تظهر أعراض أخرى كالاستسقاء الزقى وأما الاوزيما فيجوز أن لا توجد فى الالتهاب الكلوى الحاد وانما توجد غالبا فى الاحوال الخطرة ومعرفتها مهمة وتظهر أولا فى الوجه فتصيره منتفخا باهت اللون لماعا والاجفان ترشح مادة مصلية ثم تظهر فى الكعبين والساقين والصفن والاجزاء السفلى من الجذع وحينئذ تصير الاوزيما متعبة للمريض تعوق حركاته وتحدث آلاما وارتشاحات وتوجد السوائل فى التجاويف المصلية وتعاق ضربات القلب خصوصا اذا كان هناك ارتشاح فى الجهة اليسرى من الصدر ويجوز أن يمتد الارتشاح الى الاغشية المخاطية كما يشاهد ذلك فى ملتحمة العينين والغشاء المخاطى للهاة والمزمار وأحيانا يمتد الى المخ والرئتين واذا مكث الداء أربعة أسابيع يجوز حصول ضخامة فى القلب وتظهر أعراض من جهة الرئتين ناتجة من الارتشاح أو التهابات رئوية أو شعبية وتدل أوزيما الرئة هنا على ضعف حركات القلب اليسارى وتكون المرضى عرضة للقىء الذى يدل على التسمم بالبولينا وقلة الشهية مع حصول الاسهال أحيانا ومتى تمكن الداء يحصل تمدد فى البطين اليمنى للقلب ويمكن زواله بالمعالجة اللائقة والالتهاب الكلوى الحاد له تأثير على حرارة الجسم فتظهر حمى خفيفة تبلغ درجة حرارتها ٣٨ : ٣٩ مئينى ويندر أن يبتدئ هذا المرض بحمى تصل الى ٤٠

(التشريح المرضى) — فى بعض الاحيان لا نجد تغيرا فى الكلى عند فتح الجثة مع كون

المريض كان مصابا بالالتهاب الكلوى قبل الوفاة ولا يمكننا الوصول الى التغيرات الكلوية الا بواسطة الميكرسكوب ومتى وجد تغير ظاهرى نرى الكلى اما محتقنة أو بيضاء فالكلى الحمراء تكبر وتصل الى قدر حجمها مرتين وتحتقن ومحفظتها تكون ملساء شفافة اذا شقت تنثنى جهة فرجة الكلى وتنفصل بسهولة ويرى عند شقها أنها مملوءة بالدم ومنسوجها القشرى والانبوبى يصير أكثر وضوحا وترى نقط نزيفية فى الجوهر القشرى عادة وأما الكلى البيضاء فتكبر أيضا ويصير لونها أصفر فاتحا يعمق بقطعها خصوصا جهة الطبقة القشرية ويوجد فى المنسوج بقع مبيضة أتت من استحالة شحمية حصلت فى هذه الاجزاء ويوجد أحيانا بقع نزيفية على سطح الكلى أو فى منسوجها

وبالبحث الميكرسكوبى نجد تغيرات مختلفة فى الكلى فبعضهم رأى أن الالتهاب يبتدئ بأجسام ملبيجى وبعضهم قال بالخلايا البشرية للأنابيب وقال آخرون بالمنسوج الخلوى الضام أى الخلالى وبالبحث يرى التغير الاول وحده أو مع الثانى أو الثلاثة معا وحينئذ يتعذر معرفة السابق فى الوجود المتعلق بظروف الاحوال وبالاسباب وعلى كل فالاوعية تحتقن ويوجد نقط نزيفية وشحمية وخلوية وأنابيب متغيرة وأوعية منسدة وبورات بها ارتشاح التهابى الخ

(السير والاشكال المختلفة للالتهاب الكلوى الحاد) — السير يختلف بالنسبة للسبب الذى أحدثه خصوصا اذا صاحب مرضا من الامراض العفنة كالامتصاص الصديدى والتهاب الغشاء الباطن للقلب والتيفوس وأول ما يظهر حينئذ من الاعراض هو تغير البول ولا يسعنا هنا أن نذكر سير وأشكال الالتهاب الكلوى الحاد جميعا بل نقتصر على البعض فنقول

الالتهاب الكلوى الاصلى أى الذى يحصل من تأثير البرد يظهر بسرعة بعد تأثير السبب وأول علامة تدل عليه هى الحمى المصحوبة بقشعريرة وأحيانا يصحبه أعراض حدارية أوذبحة وتصحبه أيضا الاوزيما وتغير البول كما ذكرنا وبعد مضى بعض أسابيع يشفى المريض اذا كان المرض خفيفا فاذا كان ثقيلا يصطحب باستسقاء شديد وبوجود دم فى البول وبالتسمم البولى الذى يعقبه الموت ومع ذلك يجوز أن يحصل فى هذا النوع تحسين

والالتهاب الكلوى النفاسى يبتدئ ببطء وباحساس ويصحبه البول بكثرة وأوزيما فى الاطراف وميل للتهوع والقيء ووجود زلال فى البول الخ وهذه الحالة تمكث الى تمام الحمل فاذا كان الانتهاء حميدا يشفى المريض عقب الوضع وانما يخشى من حصول مضاعفة أخرى وهى الاكلامبسيا النفاسية التى تشتبه بالتسمم بالبولينا وينشأ عنها تشنج عمومى شديد يؤدى الى الموت فى حالة كوما والتغيرات التشريحية لهذا الشكل لا تكون واضحة للعين العارية وانما ترى الكلى باهتة اللون قليلا

(التشخيص) - يكون سهلا بالبحث عن البول بحثا مستوفى فى جميع أطوار المرض ويتوصل الى معرفته بالتغيرات التى ذكرناها فى الاعراض ويستدل على حقيقة هذا المرض بالاعراض البولية الخطرة واما معرفة كونه حادا أو مزمنا فيتوصل اليها بتاريخ المرض واسبابه والتغيرات المرضية ويلزمنا أيضا معرفة الاحوال التى يطرأ فيها على المصاب بالتهاب كلوى مزمن حالة حادة كالالتهاب الكلوى النزيفى الحاد الراجع

(الانذار) - لا يتعلق انذار هذا المرض بنفسه بل يتعلق بالمرض الذى أحدثه وأما الالتهابات الكلوية الحادة التى تعقب تأثير السموم والبرد والقرمزية والالتهاب الرئوى والتيفوس والحمل فتنتهى غالبا بالشفاء بعد اسابيع ومع ذلك يلزمنا ان نعتبر أن هذا المرض مهم جدا وربما يؤول الى الحالة المزمنة فربما تكون عاقبة الالتهاب الخفيف منه وخيمة وخطر هذا المرض ينشأ من الاستسقاء العمومى ومن وجود البولينا فى الدم التى تحدث تشنجات ومن التهابات الاعضاء الباطنية كالرئة مثلا

(المعالجة) - معالجة هذا المرض على اختلاف أنواعها لا توصلنا غالبا الى النتيجة المطلوبة والمستعمل من الادوية فى ذلك هو التنين من نصف جرام الى جرام فى اليوم ومنقوع الاوفا أورسى وحمض الكبريتيك والطرطير المقيء وكذا الفوكسين الا أنه قليل النجاح وأحيانا يحتاج لاستعمال مضادات الالتهاب كالحجامة والوضعيات الجليدية وعلى كل يلزم استراحة المريض ولو فى الاحوال الخفيفة والتدفؤ فان له فائدتين الاولى التحويل والثانية خروج البولينا أوكربونات النوشادر بواسطة العرق ويلزم تجنب المأكولات والمشروبات المنبهة حذرا من تأثيرها على الكليتين ويستعان على زيادة افراز الجلد

بالوسائط المناسبة لذلك افرازا يعوض افراز الكليتين عند تناقصه ويخلص الدم من عناصر البول الثابتة بتدفؤ المريض وتناول اللبن الساخن والماء الساخن أو المحمل بحمض الكربونيك ويعطى من الباطن مسحوق دوفر من ٣ ديسى الى ٥ ديسى وخلات النوشادر من ١٠ جرامات الى ١٥ جراما ويعطى أيضا سائل منديروس مع كمية من الشاى لانه معرق جيد وقد يستعمل لف المريض بملاآت مغمورات بالماء الساخن مع دلك الجسم ساعتين أو ثلاثا وتستعمل أيضا الحمامات الساخنة والحقن تحت الجلد بايدروكلورات بيلوكاربين من سنتى واحد الى اثنين وقد يعطى من الفم أيضا ويعطى أيضا من مغلى أوراق الجابوراندى جرام واحد

ويستعمل التحويل على الاغشية المخاطية فتعطى المسهلات الشديدة كالسنا المكى ومغلى الحنظل من ٣ جرامات الى ستة فى ١٥٠ من الماء والصمغ النقطى يعطى من سنتى واحد فجميع هذه الوسائط الدوائية ليس القصد منها شفاء المرض فقط بل ومنع حصول نوب تسمم بولى أيضا بسبب استفراغ المواد الصلبة للبول من الدم واذا أصاب المرض شخصا قوى البنية دموى المزاج يستعمل له الفصد

ونضيف الى هذه الوسائط معالجة الامراض التى أحدثت الالتهاب الكلوى وكذا معالجة الامراض التى ضاعفت هذا الالتهاب كالاستسقاء الزقى والتجمعات المصلية وغيرها واذا طرأ على المريض ضعف عمومى وخمود فى القوى ونوع اغماء لزم اتخاذ الوسائط المنبهة كان يحقن بجرام واحد من الكافور فى ١٠ من الزيت العقيم وكذا بالايتير ويلزم تقوية القلب بالديجيتالا وبالجملة فلمعالجة الالتهاب الكلوى الحاد جملة وسائط يستعملها الطبيب على حسب الاحوال

(وأما الالتهاب الكلوى المزمن) - فيطلق أيضا على نوع من مرض برايت وعلى الالتهاب الكلوى التحت مزمن والجوهرى المزمن وعلى الالتهاب الكلوى المزمن النزيفى وعلى الكلى الكبيرة البيضاء والاسكليروزا التابعى ولا يوجد فرق بين التحت مزمن والمزمن الا بقصر المدة فى الاول وطولها فى الثانى ويندر أن يكون الالتهاب المزمن تابعا للحاد واذا حصل يكون كما فى الالتهاب الحاد الذى يعقب القرمزية وذلك على مذهب الاطباء

الانجليزيين (ولكس) و (جونسون) ووافقهم بارتلس النمساوى حيث قالوا ان الالتهاب المزمن يظهر بحالة مزمنة وربما كانت أسبابه مواد عفنة أو أمراضا عفنة كالقرمزية والحميات والتدرن والزهرى وهو يصيب الكهول والرجال عرضة له أكثر من النساء ويندر عند الاطفال والشيوخ

(الاعراض) - يندر أن يسبق باعراض الحاد والغالب انه يظهر بحالة مزمنة وحينئذ لا يتيسر معرفة العلامات المعلنة بابتداء حصوله والاعراض التى تشاهد هى تكسر وتهوع وقئ وألم فى الرأس وحينئذ يبهت الوجه ويرتخى ثم تظهر فى الاطراف أوزيما تلجئ المريض لان يطلب المعالجة وتبتدئ بالكعبين وتمتد الى الساقين وتندر فى الوجه وتزول غالبا براحة الليل وتعود ثانى يوم بل وتزيد ومع ذلك كله لا يحقق وجود المرض الا البحث عن البول

ويضاف الى ذلك غالب الاعراض التى ذكرت فى الالتهاب الحاد وانما تختلف بالنسبة لسير المرض على العموم وطريقة سير كل عرض فالبول يقل وتزيد كثافته ويزيد الزلال فيكون من واحد الى ٣ أجزاء فى مائة جزء بحيث ان الجسم يفقد من الزلال فى الاربع والعشرين ساعة كمية من ١٥ الى ٣٠ جراما والدم يوجد فى البول بكمية مختلفة بحسب أطوار المرض فتكون قليلة أو زائدة ويعرف بحمرة البول اذا كان كثيرا وبالنظارة المعظمة اذا كان قليلا وهذه الحالة تعرف بالالتهاب الكلوى المزمن النزيفى ومن مواد البول أسطوانات زجاجية وخلايا بشرية وكرات شحمية اذا وجدت هذه الكرات كان البول خاليا من الدم عادة ودل ذلك على الالتهاب المزمن للكلى البيضاء

ومن الاعراض الاخرى المهمة الاستسقاء الزقى الذى يظهر بكثرة وكذا اختلاف كمية السائل وقد لا يحصل هذا الاستسقاء كما شاهد ذلك (جنر) ونعد القلب من الاعضاء الباطنية التى تتأثر من هذا المرض فانه يصاب بضخامة تكون أحيانا متزايدة فى البطين اليسارى مصحوبة بتمدده أو غير مصحوبة به تظهر وقت التشريح أكثر من ظهورها وقت الحياة لداعى الارتشاحات الاخرى التى تصاحبها وشوهد أيضا ضخامة فى القلب اليمينى متسببة عن عوق فى دورة الرئتين

ومن مضاعفات هذا المرض تغيرات الشبكية التى تحصل من التهاب الشبكية الزلالى ومن ذلك يحصل اضطراب فى النظر يعلم سببه بالمنظار العينى ويشاهد فى قاعها بعض نقط نزيفية وبقع من خطوط بيضاء مجاورة لتفرعات العصب البصرى وينتهى هذا الفعل بالاستحالة الشحمية لعناصر الشبكية وأما الاعراض الاخرى المصاحبة فتنحصر فى ضعف يحصل ببطئ وألم فى الرأس ودوار ويجوز أن يكونا متسببين عن أنيميا المخ ويندر هنا النزيف المخى وجائز حصول أوزيما فى الاجزاء الرخوة للحلق وقد يحصل ارتشاح فى الاربطة الطرجهالية المزمارية (أوزيما المزمار) والشعب والرئة تصير عرضة لالتهاب مشابه للالتهاب الذى يحصل فى الالتهاب الكلوى الحاد وبتقدم المرض يحصل فى الشعب وفى الرئة أوزيما ناتجة عن عوق دم فى القلب ويحصل عسر فى التنفس من استسقاء الصدر ومن التسمم بالبول كما يحصل التهاب الغشاء الباطن والظاهر للقلب وأما من جهة القناة الهضمية فيحصل فقد فى الشهية وقئ مستمر ينسب لامتصاص البولينا وتأخير فى التغوط كما يجوز أن يطرأ اسهال وفى آخر المرض يحصل تقرحات ودوسنتاريا ثم ان الاعراض البولية تختلف فى الحصول فقد تتأخر وتحصل ببطئ وقد تكون شديدة ودرجة الحرارة تبقى دائما عادية

(التشريح المرضى) - يشاهد هنا التغيرات التى تشاهد فى الالتهاب الكلوى الحاد وانما تتنوع هنا الداعى تعلق جملة أحوال بالسبب وبسرعة المرض وبدرجته ولنذكر ثلاثة أنواع لهيئة كلية من مات بهذا المرض فنقول

(الاول الكلى الكبيرة الحمراء أو الرخامية للالتهاب المزمن النزيفى) - فى هذا المرض يكون حجم الكلى طبيعيا تقريبا وأحيانا أكبر منه وأخرى عظيم الحجم وبالجس نجد قوامها أكثر متانة ومحفظتها ملتصقة بسطحها فى عدة محال وهى ذات لون أحمر سنجابى مستوى اللون أو مختلفه وبه بقع حمراء تتعاقب مع بقع سنجابية أو صفراء والبقع الحمراء لا تزول بالغسل وحينئذ تكون نتيجة خروج الدم وارتشاحه فى المنسوج الكلوى وأما البقع الصفراء فتكون موازية للمحال التى بها أنيميا أو مواد شحمية والجوهر القشرى للكلى يزداد حجما بعد قطعه ويزول تركيبه التشريحى ولونه أحمر رمادى مستو أو رخامى واذا

بحث عن الكلى بواسطة الميكروسكوب يرى فيها تقريبا التغيرات التى وجدت فى الالتهاب الكلوى الحاد والاوصاف المهمة لهذا الشكل تنحصر فى أن القنوات البولية تبددت فى معظم أجزائها واستعيضت بمنسوج ضام يشتمل على كثير من الخلايا وجميع ذلك يحتاج لزمن

(الثانى الكلى الشحمية الالتهابية أو الكلى الكبيرة البيضاء والاحسن أن يقال الكلى الصفراء) — الكلى فى هذا الشكل المزمن تكون أكبر من حجمها المعتاد وسطحها أملس صدفيا ولونه أصفر متجانس تارة ورمادى أصفر أخرى والجوهر القشرى يتسع وبه بقع صفراء أهرامها محتقنة احتقانا شديدا وفى هذا الشكل توجد انسكابات دموية قليلة واحتقان الاحواض ومتى وجدت هذه الحالة تسمى الكلى بالكلى الشحمية النزيفية وبالميكروسكوب نجد مشابهة هذا الشكل للسابق فاننا نرى تغيرا وتبددا فى القنوات البولية وتكون منسوج خلوى محل منسوجها ومنسوج شحمى محل الخلايا البشرية

(الثالث الاسكليروز الكلوى التابعى) — سبق فى الشكلين المتقدمين أن سطح الكلى لم يزل حافظا الملاسته وأن حجمها زائد وأما هنا فحجمها ناقص عن المعتاد وسطحها متوشح بحبوب محسوسة ناتجة عن زوال جزء من منسوج الكلى الذى خلفه منسوج خلوى انكماشى وهذا الدور يكون أقدم من الدورين المتقدمين ومتى تقدم هذا الشكل تصير الكلى حبيبية ولونها أحمر عادة أو مختلط أى تكون الاجزاء الغائرة حمراء والاجزاء البارزة رمادية أو صفراء

(السير والانتهاء) — سير هذا المرض عادة مزمن يضاهى بعضه بعضا لكن اذا مكث التحت مزمن من ثلاثة أشهر الى ستة والمزمن سنتين الى ثلاثة فأكثر يكون المرض دخل فى دور الاسكليروز أى الضمور التابعى وانتهاء هذا المرض خطر ففى الحالة الاولى ينتهى فى ثلاثة أشهر أو فى ستة سواء كان سببه الاستسقاء العمومى أو التسمم البولى أو مضاعفة التهابية الخ ويجوز أن الالتهاب الكلوى المزمن ينتهى بالشفاء واذا حصل تحسين فيه يخشى من حصول النكسة التى يحتمل أن تكون بشكل حاد

(التشخيص والمدة) — تشخيص الالتهاب الكلوى المزمن ليس بصعب متى علمت مدته

والاعراض

والاعراض التى ذكرناها وللوصول الى معرفة الاشكال السالفة نقول المدة فى الالتهاب الكلوى المزمن النزيفى أو الكلى الكبيرة الرخامية تكون من نصف سنة الى سنة ونصف تقريبا والبول يكون نزيفيا بكثرة ومشتملا على دم واسطوانات ويوجد أوزيما فى الجلد وضخامة فى القلب وتغير فى الشبكية وأما الكلى الشحمية الالتهابية أى الكبيرة البيضاء فمدتها أقل من السابقة ومعها يكون البول خاليا من الدم أو به قليل ومشتملا على كرات شحمية وكرات بيضاء وعلى كثير من الزلال ويوجد أوزيما ظاهرة وضخامة فى القلب وتغير الشبكية هنا كثير الحصول والموت يحصل بالتسمم البولى وأما الشكل الثالث وهو الاسكليروز الكلوى أى ضمور الكلى التابعى فمدته أطول من الشكلين السابقين فانها تصل الى ثلاث سنوات وفى أوائل الامر تشابه أعراضه اعراض التهاب الشكلين السابقين ثم يزداد افراز البول وتقل الاوزيما ثم يحصل الموت من عدم كفاية القلب أو من امتصاص البول

ويتميز الالتهاب الكلوى الجوهرى المزمن عن الالتهاب الكلوى الخلالى بكون الاوزيما لا تحصل فى الاخير أو تكون قليلة اذا حصلت والبول يتزايد ولونه أصفر رائق وثقله قليل والزلال أقل من رواسبه وعدوا من الصفات المميزة للالتهاب الكلوى الخلالى ضخامة وتمدد القلب اليسارى وكثرة التهاب الشبكية وحصول الموت بالتسمم البولى أو بالنزيف المخى وجائز حصول بعض نقط قيحية فيه الا أنه لا ينتهى بتقيح حقيقى

(الانذار) — خطر والشفاء نادر ويزداد خطر المرض كلما كانت الاوزيما أكثر امتدادا وكمية البول أقل مع أن المصابين بالتهاب كلوى عرضة للالتهابات أكثر من غيرهم

(المعالجة) — معالجة الالتهاب الكلوى المزمن تكون تقريبا كالحاد وانما يجب على المرضى ان تلبس من الصوف ملابس مدفئة ان أمكن وتمكث فى السرير ولذا يناسب سكان البلاد الباردة كاوروپا ان يسكنوا البلاد الحارة كايطاليا ومصر وتستعمل الحمية اللبنية بقدر ما يمكن وعند حصول الانيميا تستعمل المركبات الحديدية خصوصا يودور الحديد والادوية المعدية ويلزم مراعاة حالة القلب دائما

(وأما الضمور الكلوى الاصلى) — فيطلق على الاسكليروز الكلوى الحقيقى أو الضمور

الجيبى للكلى أو الكلى الجبيبية أو الكلى المنكمشة
(الاسباب) ـ هذا المرض عادة مرض الشيخوخة يظهر من ٤٠ : ٦٠ سنة ويندر فى سن أقل من ذلك ويصاحبه أحيانا وجود تغيرات شريانية اسكليروزية والرجال عرضة له أكثر من النساء والفقراء أكثر وأيضا يحصل من التهاب كلوى مزمن ذى سير بطئ تدريجى غير محسوس ولذا اعتبره بعضهم الدور الثالث من مرض برايت فاذا اعتبرناه اعتبارا تشريحيا نجد ضمورا فى الجوهر الكلوى الانبوبى وزيادة نمو فى الجوهر الخلوى واما اذا اعتبرناه اعتبارا باتولوجيا فنجد انه يشابه تغيرات الكبد والنخاع المصاب بالسيروز وفيهما تحصل استحالة فى الياف مختلفة وعلى كل يكون هذا الاسكليروز فى كلية صحيحة قبل فتحصل استحالة تدريجية فى خلية بشرية الى أخرى وفى جزيرة كلوية الى أخرى وهكذا المرض يمتد بالمجاورة مع سلامة بقية الكلى وفى هذا غلط الاقدمون من الباتولوجيين فانهم يعتبرون دائما أن الضمور الكلوى درجة ثالثة لمرض برايت كأن الكلى أصيبت أولا بالتهاب حاد ثم انتقل الى الازمان ليصل الى حالة الاسكليروز الذى يكون فى هذه الحالة تابعيا لا أصليا

والسبب منحصر فى أمرين الاول وجود جوهر كيماوى سام والثانى وجود حيوان تسلقى فمن الجواهر الكيماوية التى تحقق تأثيرها فى حصول الكلى الجبيبية الكؤول والرصاص وحمض البوليك وأما المشروبات الروحية فتحدث الكلى الجبيبية عند مدمنيها فقط كما شوهد ذلك أحيانا عند المصابين بسيروز الكبد وكذا عند المسمومين بالرصاص المشتغلين فيه والرسامين بالبويا المشتملة على الرصاص والاقاليم الباردة والرطبة تحدث هذا المرض أكثر من الاقاليم الجافة

(الاعراض) ـ بقطع النظر عن وجود ضمور كلوى تابع لالتهاب كلوى حاد أو مزمن يصيب الضمور الكلوى الاصلى الاشخاص مدة بدون ان يستشعروا بادنى علامة تدلهم على وجود مرض كما هو مشاهد عقب موت بعض الاشخاص المصابين بمرض آخر وعند فعل الصفة التشريحية يرى تغيرات الكلى الجبيبية ثم ان أعراض التسمم البولى تظهر

فجأة عند هؤلاء المصابين بهذا المرض من مدة ويعقب ظهورها الموت وعند الصفة التشريحية يتحقق وجود المرض ولا نعول على الاعراض المحسوسة أو النظرية بل على البحث عن البول فاذا بحثنا عن البول فى أوائل الامر نجده قليل الكمية يشتمل على كمية من الزلال ولكن لبطء سير المرض يحصل تعويض ما تلف من الفصيصات بزيادة فعل فيها ناتج عن تمدد شريانى وصل فعله الى القلب اليسارى فزاد سمكه وفعله وينشأ من ذلك التعويض ان البول يزداد افرازه فيصل الى ٢٠٠٠ أو الى ٣٥٠٠ سنتيمتر مكعب ويصير أكثر مائية وصافيا ويشتمل على قليل من الزلال لا يصل الى اثنين أو خمسة جرامات فى ٢٤ ساعة وبالبحث الميكروسكوبى نجد غالبا بعض أنابيب وكرات بيضاء ونادرا كرات حمراء وقد لا نجد فيه شيأ مدة محدودة من الزمن بسبب أن الكلى لا تفرز البول الا بجزئها السليم فقط وبماذكر يفسر كيف توجد مرضى مصابة بالكلى الجبيبية سنين بدون أوزيما وذلك لزيادة افراز البول التى ذكرت ومع ذلك افراز المواد الصلبة للبول لا تكون بمناسبة كمية البول

ومن الاعراض أيضا ضخامة البطين اليسارى وتعرف بامتداد القلب الى جهة اليسار وبشدة ضربات القلب بامتلاء الشريان الكعبرى وهذه الضخامة تمتد أحيانا الى القلب اليمين مع تقدم المرض ومادام التعويض موجودا لا يحصل اضطراب ولكن يجوز حصول رعاف أو احتقان مخى بسبب دوار أحيانا ومتى قل التعويض يحصل اضطراب فى الدورة ويضعف النبض شيأ فشيأ أو يصير غير منتظم ويحس بصعوبة فى النفس ويحصل خفقان زمنا فزمنا ثم تحصل نزلة شعبية رئوية أحيانا (الربو البراتى أو الربو البولى) وقد يصحب هذه الحالة الربوية التهاب رئوى فصيصى وأوزيما فى الرئة ومتى استمر عوق الدورة تحصل الاوزيما فى الاطراف وفى الاجفان ثم تمتد ويحصل الاستسقاء وأخيرا يحصل اضطراب فى المخ وفى القناة الهضمية ثم يتناقص افراز البول فتصل كميته الى ١٠٠٠ سنتيمتر مكعب أو أقل ووزنه النوعى يصل الى ١٠١٠ ومن تراكم مواد البول فى الدم تحصل أعراض التسمم البولى المزمن فتحصل آلام فى الرأس واسهال وأكال زائد وقئ وتشنجات الخ وأحيانا أخرى تكون الاعراض شديدة وسريعة وحادة تميت المريض بسرعة ثم

تحصل مضاعفات للاسكليروز وهى الالتهاب الشبكى الزلالى والانزفة الباطنية والالتهابات الحشوية ثم اضطراب التغذية والنحافة وانحطاط القوى

(السير والمدة والانتهاء) — سير هذا المرض بطىء ويجوز كما سلف ان يطرأ فى اثناء سيره تسمم بولى أو سكتة مخية وغير ذلك من ضيق النفس والخفقان وغيرهما مما تقدم وجميع تلك الاحوال المرضية تعلن الطبيب بوجود الضمور الكلوى وأما مدة المرض فلا يمكن حصرها بالدقة الا أنها طويلة فان مرض الكلى الحبيبية يمكن أن يمكث عدة سنين بل يجوز أن يقف فى وسط هذه المدة وهذا يتعلق بمقاومة القلب وبتعويض الدورة لا بعوقها وعلى كلا الاحوال هذا المرض خطر ينتهى بالموت اما من التسمم البولى أو من الانزفة أو من اصابة القلب والارتشاحات المختلفة الى آخره

(التشخيص) — تشخيص الكلى الحبيبية يؤسس على البحث البولى فى جميع الاحوال التى يشك فيها خصوصا متى وجدت آلام فى الرأس وفقد فى الشهية وضيق فى النفس وخفقان وضعف فى البصر وادرار فى البول ونوب ربو بدون ان يعلم مجموع اعراضها وكذا البحث عن الاسباب يرشدنا الى المرض كالمشروبات الروحية والمركبات الرصاصية والحدار والنقرس وفى بعض الاحوال تطرأ صعوبات خصوصا عند عدم الوقوف على وجود الزلال وحينئذ يدلنا ادرار البول على وجود المرض واذا فقدت هذه العلامة أيضا يمكن أن يحصل الاشتباه مع التهاب عضلة القلب أو ضخامته الاصلية وأحيانا لا يرى الطبيب المرضى الا بعد تقدم الداء وحصول التعويض وصيرورة البول معتما قليل الكمية محتويا على كثير من الزلال وحينئذ لا يعلم هل المرض منحصر فى آفة فى القلب مضاعفة بعوق فى دورة الكلى أو المرض الاصلى فى الكلى ومضاعف بمرض القلب ولا نتحصل على معرفة ذلك الا بصعوبة جدا وفى هذه الحالة يجب علينا ان نستدل بالبحث الدقيق على كل عرض وعلى سير المرض وكذا يصعب علينا الوقوف على هذا الداء اذا رأينا أول مرة مريضا مصابا بسكتة مخية أو بنوبة تسمم بولى فجائية وفى هذه الحالة يكون وجود الزلال فى البول واسطة تدلنا على وجود آفة كلوية و يتميز هذا المرض عن الالتهاب الكلوى الحاد والمزمن بزيادة كمية البول فيه وخفته و بقلة زلال ورواسب البول و بعدم وجود الاوزيما

فى أغلب الاحوال والبول الدموى واذا وجد الدم فى البول دل على وجود التهاب كلوى حاد محدود وعلى العموم تعرف الكلى الضامرة بتغير فى البول وضخامة عضلة القلب وتغير قاع العين ومجموع الاعراض التى ذكرت

(التشريح المرضى) — عند فتح الجثة نجد الكليتين ناقصتى الحجم وصلتا الى نصف أو ثلث حجمهما وأحيانا تسمكان فتصيران متينتين تقاومان الضغط وسطحهما يصير حبيبيا ذا حبوب مرتفعة واضحة منتظمة أو غير منتظمة ومتى انفصلت محفظتها ترى الحبوب زائدة الوضوح الا أن المحفظة المذكورة ملتصقة التصاقا متينا فى المحل الكثير الانكماش والاجزاء المرتفعة الحبيبية محتقنة حمراء اللون أكثر من الاجزاء المنخفضة ذات اللون الرمادى واذا قطع الكلى يرى الجوهر القشرى منكمشا والاهرامات رقيقة ومعتمة أكثر من الجوهر القشرى والحويضات متسعة أحيانا ومشتملة على بعض افرازات بولية وبعض جزيئات من حمض البوليك مكونة لخطوط توجد فى الاهرامات تدل على الاسكليروز النقرسى واذا بحث على منسوج الكلى بواسطة النظارة المعظمة يرى تبديد المنسوج الكلوى واستعاضته لمنسوج خلوى ضام ندبى مشتمل على نوايات أو غير مشتمل ويرى أيضا ان الانابيب الكلوية الباقية مريضة و بها علامات الاستحالة وضمور فى بشرتها وكثير من جسيمات ملبيجى ضامر ومحافظها سميكة والقنوات البولية الباقية بدون اصابة تزداد قطرا أحيانا ويحصل أيضا تغير فى المجموع الوعائى فنرى انه تصاب بالاسكليروز وقد يحصل ارتشاحات كاسية ولسنا محتاجين هنا ان نتكلم على التغيرات التشريحية التى تأتى من المضاعفات

(المعالجة) — متى تحققنا وجود الكلى الحبيبية يلزمنا ايقاف هذا الداء بواسطتين الاولى تجنب تنبيه الكلى الثانية تسهيل تتميم وظيفة القلب بحيث تكون التغذية جيدة والألبان هى الجزء المهم فيها ولا تعطى المشروبات الروحية لمن تعود عليها الا بكمية قليلة ويتجنب جميع الرياضة المتعبة ويلاحظ انتظام التغوط بادوية ملينة وقد يحصل تحسين من تغيير الهواء والاقامة فى محال الحمامات و ينتخب منها ما يناسب الشخص وذلك كالحمامات الحديدية والكبريتية وحمامات مرين باد وكارلس باد وكسنجن وامس وباد باد الخ

واذا لم يحصل التعويض للدورة يجب اتباع بهريز مخصوص والراحة التامة وبحسب مايترا آى من ظهور الاعراض تستعمل المعالجة المناسبة كالتقوية باعطاء الديجيتالا وبقية المعالجة كما فى معالجة الالتهاب الكلوى السابق ذكره

(المبحث الثالث – فى الكلى النشوية وتعرف أيضا بالكلى الشحمية وبالكلى الشمعية)

يتصف هذا المرض باستحالة مرضية مخصوصة تحصل فى الاوعية الصغيرة والمنسوج الخلوى للكلى فيسمك جدران هذه الاوعية ويكتسب لمعانا متجانسا واذا أضيف على الكلى المريضة محلول اليود اليودى لونها بلون بين الحمرة والسمرة

(الاسباب) – هذا المرض يصيب الرجال أكثر من النساء وهم فى سن عشرة الى خمسين سنة ويطرأ على من كان أصيب بتقيح مزمن والاسباب الحقيقية التى أحالت المادة الزلالية للمنسوج الخلوى الضام الى المادة النشوية لايمكننا الوقوف على حقيقتها والذى نعلمه أن هذه الحالة تحصل فى مدة سير أمراض تحدث عادة كاشكسيا وضعفا عموميا فى الجسم وهى بحسب أهميتها مرتبة هكذا

١ التدرن الرئوى المزمن والسل التقرحى المعتاد والتقرح الدرنى المعوى

٢ التقيح المزمن ذو المدة الطويلة سواء كان آتيا من آفة فى العظام أو غيرها

٣ الزهرى البنيى المصحوب بتقرح فى العظام أو فى الاغشية المخاطية

٤ تقرحات أخرى مصحوبة بتقيح مزمن فى الاغشية المخاطية باختلاف أنواعها

٥ الملارية والنقرس والحدار التى شوهدت الاستحالة النشوية فى سيرها

وقد تشاهد هذه الاستحالة فى بعض أمراض أخرى كما أنها تكون أصلية

(الاعراض) – يندر وجود الكلى النشوية وحدها ويغلب وجودها مع الالتهاب الكلوى الجوهرى المزمن وحينئذ تكون مشاركة له فى الاعراض ومع ذلك شوهدت أحوال كانت فيها الاستحالة النشوية شاغلة جميع الكلى والاعراض الرئيسة هى أن البول ينقص فى العادة عن المعتاد ولونه يصير باهتا ورائقا وتأثيره حمضيا ووزنه النوعى يختلف من ١٠١٠ الى ١٠١٥ واذا بحث عن البول يرى فيه قليل من اسطوانات

زجاجية رقيقة مغطاة بكرات شحمية وأحيانا خلايا مستديرة أو خلايا بشرية آتية من القنوات البولية وقد توجد خلايا استحالت الى كرات شحمية تعرف بواسطة الجوهر الكشاف الميكروسكوبى الكيماوى وليس من النادر مشاهدة اسطوانات بولية شمعية الهيئة تعرف بتأثيرها النشوى ويندر مشاهدة كرات دموية ومادة ملونة وكثير من الزلال والتحليل الكيماوى للبول يدلنا على أن كمية البولينا لا تتغير

ومتى تمكن الداء يحصل الاستسقاء وأما تغيرات القلب فنادرة ومنها ضخامة القلب اليسارى التى هى علامة مهمة على وجود الاستحالة النشوية وبالعكس اصابة الرئة بالدرن فانها توجد غالبا بل وتكون فى ابتداء المرض ولقد شوهد أن اصابة الكلى أوقفت الداء الرئوى وقد يصاحب الكلى النشوية تغير فى القناة الهضمية ونادرا اصابة الشبكية والحالة العمومية للجسم لاتظهر لنا تغيرات ثابتة دائما انما الاشخاص المصابة تكون عادة ذات بنية كاشكسية أنيماوية ذات لون باهت شمعى والاعراض تزداد وضوحا اذا اصطحبت الاستحالة النشوية للكلى باستحالة أخرى نشوية فى الكبد فحجمه يكبر وحافته السفلى تبرز أو فى الطحال فحجمه يكبر أيضا ويأخذ فى الامتداد عرضا وكذا اذا اصطحبت الاستحالة بمرض فى الامعاء فيحصل اسهال الخ

(التشخيص) – يتحقق وجود الكلى النشوية أولا بالاسباب المحدثة لها عادة ثانيا بالعلامات التى ذكرت فى الاعراض وأما تميزها عن الالتهاب الكلوى فبالميكروسكوب لانا اذا رأينا به أن البول رائق مشتمل على قليل من رواسب أو ليس به رواسب وفيه زلال علمنا وجود الكلى النشوية واذا رأينا فيه اسطوانات عديدة وكرات بيضاء وحمراء علمنا وجود التهاب كلوى وأيضا الزلال البولى يتذبذب فى الكلى النشوية ومع ذلك لايتم التشخيص الا مع مشاهدة المرض والاستمرار على معالجته مدة ولاتنس وجود استحالات أخرى نشوية فى الكبد أو الطحال والامعاء فانه يقربنا من الاستحالة النشوية للكلى

(التشريح المرضى) – اذا كانت اصابة الاستحالة النشوية خفيفة فالنظر فيها لايفيدنا فائدة ويلزم البحث بواسطة الميكروسكوب فانه يرينا استحالة نشوية فى بعض أنابيب من الجوهر القشرى أو الانبوبى والشكل المعتاد للكلى النشوية هو الكلى البيضاء

الكبيرة (الكلى الشمعية أو الشحمية) وهذه الكلى حجمها زائد وسطحها أملس مزرق أو مصفر باهت وبالقطع يرى أن الجوهر القشرى ذو لون أبيض مصفر وبسطح القطع جسيمات تكاد أن تكون نصف شفافة وليس به نقط نزيفية وذلك آت من أنيميا الكلى ومن الاستحالة النشوية التى أكسبت الكلى هيئة دهن الخنزير واذا بحث عن القطع بالميكروسكوب يرى أن الاستحالة أصابت أوعية الجوهر القشرى أولا ثم الاوعية المستقيمة للجوهر الاهرامى فى الاجزاء المصابة من الكلى وأما الاجزاء غير المصابة منها فتبقى على حالتها الطبيعية ثم الاستحالة النشوية تمتد الى الانابيب فتصيب خلاياها البشرية وجدرانها واذا كانت مصاحبة لالتهاب كاوى مزمن نرى التغيرات التشريحية لهذا الالتهاب وحينئذ نجد نقطا منخفضة مقابلة لمحل الالتهاب الذى انتهى باسكليروز الكلى ونقطا مرتفعة مقابلة لمحل الاستحالة الشحمية وهذه الحالة تعرف بالكلى الحبيبية النشوية والاراء ليست متفقة على أن لكل من الاستحالة الشحمية والالتهابية سببا خاصا أو أن سببهما واحد وحيث علم أن الزهرى والتدرن الرئوى يحدثان الالتهاب الكاوى والاستحالة النشوية فلا غرابة فى أن سببهما حينئذ يكون واحدا

(الانذار) — الكلى الشحمية خطرة لانها غير قابلة للشفاء الا أن بعض المشاهدات يدل على أن هذا المرض يقف ويزول اذا كان سببه قابلا للشفاء كالزهرى أو التقيح المزمن

(المعالجة) — يلزمنا أن نعالج السبب الذى أحدث الكلى النشوية سواء كانت معالجة جراحية أو دوائية ثم نساعد على تقوية المريض بالاغذية الجيدة والهواء المطلق والادوية المقوية ونعالج أيضا الحالة بحسب الاعراض التى تظهر أو توجد واذا كان هناك شك فى وجود التهاب كاوى مصاحب يعالج بالوسائط التى ذكرت

(المبحث الرابع)

فى الالتهاب الكلوى التقيحى المسمى أيضا بالالتهاب الكلوى المحدود وبالالتهاب الكلوى الحقيقى وبخراج الكلى

(الاسباب) — أشرنا فى الالتهاب الكلوى الخلالى الى أنه يجوز تكون بورات صغيرة

قيحية

قيحية الا أنها لا تنتهى بالتقيح الحقيقى وينشأ الالتهاب الكلوى التقيحى عن مؤثرات تحدث الالتهاب التقيحى ولها طريقان الاولى الدورة الشريانية والثانية المسالك البولية فيحصل هذا المرض بالطريق الاولى فى الاحوال التى يوجد فيها امتصاص صديدى وفى بعض أشكال الالتهاب التقرحى للغشاء الباطن للقلب وقد يضاعفه بعض أمراض كالدوسنتاريا وأما المؤثرات الالتهابية التى تحصل بالطريق الثانى فتؤثر متى كان الالتهاب الكلوى الحاد يعقب التهابا مجاورا للاحواض أو للمثانة وفى هذه تنفذ البكتيريا فى الحالب أو المثانة وتصعد الى الاحواض وتمر من حلمات الاهرامات الى أن تصل الى القنوات البولية وتحدث فى أثناء سيرها التهابا تقيحيا وهذا هو السبب فى تسمية هذا النوع بالالتهاب الحوضى الكلوى التقيحى ومن أسباب هذا المرض الجروح النافذة وفى هذه الحالة قد يصحبه التهاب تقيحى محيط بالكلى

(الاعراض والتشخيص) — تشخيص الالتهاب الكلوى التقيحى يتعذر غالبا لان الالتهاب الانتقالى تتكون فيه بورات صغيرة تقيحية لا تحدث لصغرها تغيرا محسوسا واذا وجد زلال فى البول يكون هناك تغير كلوى آت من الامتصاص الصديدى واذا حصل تأثير بادعلى قسم الكلى وأحس المريض بألم فى هذا القسم كان هناك التهاب كلوى تقيحى خصوصا اذا انتشر هذا الألم فى الاعلى والاسفل والامام والخلف وحينئذ تعترى المريض الحمى ولا يتيسر له النوم على الجهة المصابة ويصير بوله مختلطا بدم ويتحقق وجود هذا الداء أيضا بوجود كرات قيح فى البول وكذا قطع كلوية صغيرة ويندر هنا تكون خراج كلوى ذى حجم كبير يكون ورما محسوسا تحت الجلد متموجا والعادة ان هذا الخراج ينفتح جهة الاحواض ومنها الى الحالبين ثم الى المثانة ويخرج القيح مع البول وأحيانا تحصل التهابات التصاقية مجاورة للكلى سواء كانت بجوار الامعاء أو البريتون فينفتح الخراج فى الاعضاء المجاورة واذا كان فى الامعاء يخرج مع المواد البرازية ويحدث اسهالا واذا انفتح فى البريتون يحدث التهابا بريتونيا يعجل الموت وعلى كل معرفة حقيقة هذا المرض بالصفة التشريحية عقب الوفاة أكثر منها مدة الحياة

(التشريح المرضى) — بقطع النظر عن الخراجات الكلوية التى تحصل من أسباب بادية

يكون للالتهابات الكلوية التقيحية صفات تشريحية مميزة

واما الخراجات الكلوية التى حصلت من آفات مصطحبة بامتصاص صديدى أو أمراض مشابهة لها فتتكون عادة من بورات قيحية منتشرة مكونة لخراجات صغيرة ترى بالنظر على شكل بقع أو خطوط صغيرة ذات لون رمادى أو مصفر تصل الى قطر واحد من مليمتر واذا بحث عن قيحها بالآلة المعظمة يرى فيه كرات صديدية وعدد وافر من المكروكوكوس مالئ له ولوعاء صغير مركزى مع تمدد فى منسوج الكلى ثم ان هذه الخراجات تمتد على مسير الانابيب المستقيمة من جهة والى سطح الكلى من جهة أخرى وتكون هناك بورات يتصل بعضها ببعض وتكون خراجا كبير الحجم

(الانذار) - هذا المرض خطر فى جميع الاحوال ويتعلق انذاره بالسبب

(المعالجة) - هى واقية فى أغلب الاحوال فيلزم قسطرة المريض بجسات نظيفة عقيمة ويلزم معالجة ضيق عنق المثانة وضخامة البروستتا والحصيات المثانية والكلوية وعند حصول تأثير سبب بادى تلزم الراحة المطلقة والوضعيات الجلدية والمضادة للعفونة واذا تحقق وجود خراج كاوى تستعمل الوسائط الجراحية وتعالج الامراض المصاحبة بما يناسبها

(المبحث الخامس - الالتهاب الكلوى المحيط أو الخراج المحيط بالكلى)

يطلق هذا الاسم على الالتهاب التقيحى للمنسوج الخلوى الشحمى المحيط بالكلى

(الاسباب) - اما أن تكون بادية أو آتية من التهاب كاوى أو التهاب فى الاحواض أو فى الحالب أو فى الاعور أو ناتجة عن حصيات أو أورام كلوية كالتدرن والسرطان والديدان الكيسية أو تقيحات فى الكلى أو فى الايوسواس أو فى العمود الفقرى

(الاعراض) - يدرك المريض فى الجزء المصاب زيادة احساس وألم ذاتى أو حاصل من الضغط ويزداد هذا الألم كلما تقدم الداء حتى يصل الى الطرف السفلى المقابل فيصير هذا الطرف عرضة للاصابة بما يشبه الشلل كما يحصل له ذلك فى الالتهاب المفصلى الحرقفى الفخذى وبتجمع القيح يكون خراج فى القسم القطنى عادة فيتكون ورم مرتفع ارتفاعا محسوسا والجلد المغطى له يصير أوزيماويا لماعا ثم يحمر وبالبحث عن هذا الورم تحس فيه

تموج وهذا دليل على ان القيح وصل الى تحت الجلد وأحيانا أخرى يمتد هذا الورم الى الحفرة الحرقفية ويرتفع تحت رباط بوبار فهناك يحس بمقاومة وأصمية وليس من النادر أن الورم يمتد الى الجزء العلوى فيصل الى الحجاب الحاجز ويضغط عليه ويحدث ضيقا فى النفس وكذا يضغط على القولون وعلى الاحشاء الأخرى وهذه الحالة تصطحب بحمى ذات شكل مستمر أو متقطع ففى كل تقيح جديد تحصل قشعريرة تعقبها حمى والتقيح والحمى المذكوران يضعفان المريض وينحفانه والبول لا يصير قيحيا الا اذا اتصل الخراج بمجاريه ولا يحصل الشفاء الا اذا انفتح الخراج الى الخارج بأى طريقة سواء كانت جراحية أو غير جراحية كأن ينفتح بلا واسطة فى القسم القطنى أو بجوار رباط بوبار أو فى المثانة أو فى البليورا أو فى البريتون وقد ينفتح فى الامعاء ويخرج مع الفضلات وقد يعقب هذا الانفتاح ناصور ويجوز أن ينتهى الخراج بالموت

(التشخيص) - يعرف هذا المرض بوجود الألم والورم فى قسم الكلى وبالحمى الا أنه يشتبه به الحدار القطنى بالنسبة للألم ويتميز هذا الحدار بأن الألم فيه سطحى والورم والحمى غير موجودين ويشتبه أيضا بالخراج الدرنى للفقرات لكن قسم الكلى فيه يكون غير مؤلم وبالضغط على النتوآت الشوكية لها يحصل احساس وأيضا يشتبه بآفات الكلى أو الاحواض كدرنهما أو سرطانهما أو خراجهما أو التهابهما أو ديدانهما أو استسقائهما الخ لكن فى هذه الاحوال يفقد أحد الاعراض الثلاثة المميزة للالتهاب المحيط بالكلى وكذا يشتبه بالالتهاب الاعورى والمحيط الاعورى لكن مجلس هذين المرضين غائر سفلى ومعه اضطراب معدى معوى وبالتهاب الايوسواس لكن لا يمكن فيه بسط الطرف السفلى المنثنى بخلافه فى الالتهاب المحيط بالكلى

(المعالجة) - تنحصر فى استعمال مضادات الالتهاب وتلطيف الحمى واطلاق البطن ومتى تكون الخراج يلزم فتحه فتحا مستوفى والاعولج بمضادات العفونة كالخراجات الأخرى

(المبحث السادس فى الاورام الكلوية الذاتية)

نعد من أورام الكلى التى تظهر فيها ظهورا أوليا المهم منها وهى الاورام السرطانية

والاورام اللحمية (ساركوم)

(الاسباب) ـ قد أطيل الكلام على الورم اللحمى المتكوّن من عنصر جنينى وشوهد فى هـذا الورم ألياف محززة فى وسط الكتلة الخلوية ولما كانت الكلى خالية من الالياف العضلية عدت هذه الالياف من التكوّنات الجديدة الجنينية وقد تكوّن ورم لحمى يحتمل أن يكون خلقيا عنـد أخوين فى الكلى اليسرى لكل منهما وبعد وفاتهما وسنهما من سنتين الى ثلاث شوهـد هـذا الورم قدر حجم رأس كل منهما مع وجود بورات صديدية فى الكبد والرئة أوجبت امتصاصا صديديا

وأما الاورام السرطانية فتشاهد عند الاطفال الذين سنهم أربع سنوات تقريبا سواء كانوا ذكورا أو اناثا وكذا عنـد الكهول وهـذا الورم من السرطان الليفى أو النخاعى وحجمه يكبر حتى يبلغ وزنه ٥ الى ١٠ كيلوجرام ويصيب الكلى اليسرى عادة

(الاعراض) ـ تبتـدئ هـذه الاورام بدون عرض محسوس وأحيانا يحس بألم ثم بورم يزداد شيأ فشـيأ ويملأ القسم القطنى ويمتد الى الأمام والاسفل مكوّنا الكتلة واحدة أو بجلة فصوص ولا يتحرك مع حركات التنفس ويدفع القولون المجاور له الى الامام وهو والامعاء الدقاق يغطيانه من الامام واذا كان مجلس الورم الكلى اليمنى ترتفع الكبد الى الأعلى واليسار وفى أغلب الاحوال لا تغير أورام الكلى البول

وأما السرطان فينشأ عنه أحيانا فى البول دم يتجدد بحسب ظروف الاحوال ولا يصطحب بألم الا عند مرور جلطة دموية من الحالب

والاعراض العمومية لا تظهر الا متأخرة ثم ان الاطفال يكون نبضهـم سريعا ويصابون بالنحافة ويظهر شـعر العانة والابطين ظهورا معجـلا ويندر تكوّن مادة ملوّنة فى الجلد ويضاف الى ذلك الاعراض التى تنتج من ضغط الورم على الاعضاء المجاورة

(التشخيص) ـ يلزمنا معرفة مجلس الورم وطبيعته فجلسـه الكلى اذا كان غير تابع لحركات التنفس وكذا اذا أمكن الفصل باليد بين الكبد والكلى أو الطحال والكلى وجاء الورم تحت اليـد والاصمية تكون قاصرة على هـذه الاخيرة ويتميز الورم المبيضى عن الكلوى بأن مجلس الاول الجزء السـفلى ويمتد من أسـفل الى أعلى والثانى من أعلى الى

أسفل ويتميز عن الدرن بوجود الباسيل فى البول والذى يدلنا على وجود السرطان هو البول الدموى المتقطع غير المصحوب بألم فى الكلى وفيه بعض خلايا سرطانية

(المعالجة المرضية) ـ تستعمل موقفات الدم والمسكنات والاغذية الجيدة وأخيرا تستأصل الكلى لان الطريقة الجراحية تزيل الورم

المبحث السابع فى الحيوانات التسلقية للـكلى والمسالك البولية

نذكرهنا من أنواع الحيوانات التسلقية التى تصيب الكلى الديدان الحويصلية والدستوم الدموى والدودة الطويلة والدودة الخيطية الدموية ودودة بلهارس

(أما الدودة الحويصليـة) فيندر اصابتها الكلى بالنسـبة لاصابتها الكبد والعادة أن تصاب كلى واحـدة وتسـكن الحيوانات فى الجوهر الكلوى تحت محفظة الكلى ويزداد حجمه حتى يصل الى حجم الكيس الديدانى فيكون قطره عشرين سنتيمترا أو أزيد وعلامات وجود هـذه الديدان ليست محسوسة فى الابتداء بل تتكون وتنمو شيأ فشـيأ حتى تكبر فيحس المريض بتعب وورم يضـغط على ما يجاوره خصوصا على القولون ويحـدث فيه ما أحـدثه السرطان من التعب وتوجـد علامة مهـمة لمعرفة الديدان الحويصليـة الا أنها ليست دائما واضحة وهى الازيز الذى تحدثه اليد عند الضغط على هـذه الاورام وقد تتمزق الحويصلة فى الحوض وحينئذ تمر أجزاء الكيس منه ثم من الحالبين الى المثانة وتخرج مع البول لكن تصطحب أحيانا بمغص يشبه المغص الكلوى يكون مؤلما أحيانا وجائز أن تقف قطع الكيس فى مجرى البول فتسـدها وتمنع نزول البول ومن ذلك تتأتى أعراض خطرة تضاعف الحالة المرضية الاولية ويندر انفتاح الكيس فى جهة أخرى كالشعب مثلا وقد يلتهب الكيس ويتقيح ويعقبه امتصاص صديدى عمومى

(التشخيص) ـ تشخيص هذا المرض لا يتيسر الا بوجود ورم كلوى وقطع من الكيس مع البول أو بيط الورم ويلزم تميز هذه الحالة عن الاستسقاء الكلوى والكيس المبيضى

(السير والانذار) ـ سير هذا المرض بطىء جدا والانذار أنه ليس بخطر دائما حيث شوهد الشـفاء اذا انفجر الكيس وخرجت قطعـه مع البول بدون أن يعود المرض ثانيا والخطر يتأتى من تقيح الكيس الديدانى وامتصاص الصديد

(المعالجة) - تكون عرضية فتستعمل مضادات الالتهاب والوضعيات الجلدية عند الألم والوسائط الجراحية أحسن شىء لازالة الاكياس الديدانية وقد يلتجأ الى استعمال الحمامات والمسكنات والقسطرة

(وأما الدستوم الدموى) فهو دودة تسلقية ذات مصاصات توجد فى مصر وفى الحبشة وتعيش هذه الدودة فى فروع الوريد الباب والوريد الكلوى والضفيرة المثانية الوريدية وتتغذى من الدم وتبيض بيضا عديدا وتلقيه أحيانا على الغشاء المخاطى للاحواض والحالبين والمثانة فيحدث فيه التهاب وتقرح وتتكون مواد كلسية وكثيرا ما يكون سببا للبول الدموى فى البلاد الحارة ويتحقق وجود هذه الديدان بالبحث عن بيضها فى البول وعنها فى الدم

(وأما الدودة الطويلة) فهى دودة تسلقية تشابه فى اللون والطول دودة الارض وتوجد كثيرا عند الحيوانات كالكلب والدب ونادرا عند الرجال فى الاحواض الكلوية وهذه الدودة تحدث التهابا حوضيا مصحوبا بنزيف وألم شديد

(وأما الدودة الدموية الخيطية) - فاستكشفت فى باهيا وفى الهند الشرقى ونسبوا لها اصابة الاوعية الليمفاوية وداء الفيل العربى والاستسقاء والبول الدهنى فى البلاد الحارة كالبريزيل والصين والجابون وجزيرة فرنسا ومصر ولا تعلم كيفية دخولها فى الجسم وقيل ان الناموس له دخل فى ذلك وتوجد عند الانسان فتسكن الجذع الليمفاوى ومن ذلك تحصل العوقة الليمفاوية فتتمدد الاوعية الليمفاوية الحوضية أو المثانية وينفتح بعضها فى المثانة فتنصب لينفتها فى البول وتكسبه الهيئة الليمفاوية أو الدهنية لتكررها وقد يتغطى البول أحيانا بطبقة شبيهة بالقشطة فاذا أضيف الى هذا البول كمية من الايتير ورج راق وذاب منه الدهن الذى يكون من ٢ الى ٣ فى المائة وليس من النادر مشاهدة الدم مخلوطا بالبول ولذا نرى فى هذا البول بواسطة الميكروسكوب كرات الشحم وكرات الدم كما سيأتى فى البول الدهنى والعلامة المهمة فى معرفة وجود الداء أن يشتمل البول فى غالب الاحيان على ديدان مكونة من جسيمات خيطية الشكل طولها من ٢٠ الى ٣٠ مليمتر وعرضها كعرض كرات الدم وذنبها دقيق ورأسها مستدير وهى مغطاة بغلاف ومتمتعة

بحركة وأول من اكتشفها فى البول (وخرير) وفى الدم (لويس) ثم اكتشفت انثى هذا الحيوان ذى الجراثيم التى تصل الى الجسم بطريق الجلد حال استعمال الحمام كما قاله (مانس)

(السير) - سير هذا المرض كثير التغير فأحيانا يمكث الشخص مدة بدون ظهور أعراض متعبة وأحيانا أخرى يضعف وينهك جسمه وقد يظهر بعلامات مختلفة كالبول الدهنى أو داء الفيل العربى الخ

(المعالجة) - استعملت البكرونترات البوتاسا من ٢,٠ الى ٥,٠ على شكل حبوب أو برشام عدة مرات فى اليوم

(وأما دودة بالهارسيا) فهى دودة من نوع الدستوم توجد فى دم الانسان وأول من استكشفها بلهارس فى مصر سنة ١٨٥١ ومنها الذكر والانثى فالذكر اسطوانى الشكل منحن قليلا حجمه كحجم ديدان المستقيم وبه ميزاب تسكنه الانثى وطوله من ١١ الى ١٤ مليمتر وعرضه ملى واحد والانثى أطول بخمسة ملى وهى كالذكر موشحة بمحاجم وبكل منهما أعضاء التناسل ويخلفان بويضات بيضاوية ملساء السطح أحد طرفيها موشح باستطالة دقيقة تستعين بها على تمزيق الاوعية الصغيرة لتخرج منها ولذا نجدها فى البول مع دم قليل الكمية عادة وبعد زمن تستحيل البويضات الخصباء الى أجنة تتكون ديدانا وتوجد هذه الديدان وبويضاتها فى وريد الباب وفروعه وفى دم الاوردة وجائز انهما يكونان السدد فى بعض أوعية شعرية ثم من تراكم الدم خلف هذه السدد وضغطه على الاوعية تتمزق الاوعية ويخرج منها الدم مشتملا على بعض الديدان وبيوضاتها فيدخل فى الانسجة أو يدخل فى بعض التجاويف كالحوض والمثانة والامعاء وبوجودها فى هذه التجاويف يحدث بعض نزلات كالنزلة المثانية وبوجودها فى الكلى ينشأ سيروزها وحصواتها وهذا يفسر لنا حصول دموية البول كما سيأتى وأغلب هذه الديدان المذكورة يشفى بالادوية الطاردة لها خصوصا بالشرخص الذكر وتحاضيره

(المبحث الثامن فى الكلى المتحركة)

العادة فى الكلى ان تكون ثابتة فى موضعها بالمنسوج الخلوى المحيط بها وبالطبقة

البريتونية المغطية لها من الأمام وبالحجاب الحاجز الا أنها قد تترك محلها وتصير متحركة لاسباب ليست واضحة دائما ويمكن ان يشترك بعضها مع بعض فى حصول هذه الحالة المرضية

(الاسباب) - يجوز أن تكون الكلى عند الاطفال متحركة خلقيا لرخاوة المنسوج الخلوى المحيط بها أو لطول الشريان الكلوى طولا خارجا عن الحد واما عند الكهول فجميع ما يضغط على الكلى ضغطا مستمرا متكررا يحدث تحويلا فى الكلى كالحمل المتكرر (ولذا كان عند النساء أكثر منه عند الرجال) والاشغال الشاقة والاسباب البادية الواقعة على قسم الكلى وكذا ضغط البطن بحزام أو بكرسى والتغذية القليلة الموجبة لضمور المنسوج الخلوى المحيط بالكلى وقيل ان الكلى اليمنى تزوغ أكثر من اليسرى بسبب الكبد ولتمدد المعدة دخل أيضا فى الزوغان

(الاعراض) - الكلى المتحولة لاتحدث أحيانا أعراضا محسوسة لحصول هذا التحول لدى كثير من النساء المتقدمات فى السن بدون أن يشتكين عرضا دالا على هذه الحالة المرضية وقد يشتكى البعض بآلام فى قسم الكلى تمتد الى القطن والعجز والبطن وتصير شبه مغص وقد تصطحب بتهوع وقىء وتزداد بالمشى أو بهز العربة وتسكن هذه الآلام بالراحة وبالوضع الافقى وأحيانا تأتى هذه الاعراض على نوب تنحصر فى ألم ومغص وقىء وقشعريرة وخمود عمومى ويقف افراز البول مادامت النوبة موجودة ولا يعتدل الا بعد زوالها بثلاثة أو أربعة أيام وهذه الحالة ترتبط إما بالتهاب حول الكلى أو بالتواء فى الحالب من دوران الكلى كالحلزون أو التهاب فى الاحواض الخ وقد تصاب المرأة التى كليتها متحولة بأمراض عصبية أخرى كالاستيريا وما شابهها

(التشخيص) - يتوصل الى معرفة الكلى المتحركة بعدم وجودها فى موضعها وبوجود جسمها تحت اليد متحركا خصوصا فى الجهة اليمنى أسفل الاضلاع وقريبا من السرة أو بقرب القسم الاربى وقد يتوصل الى الجس بنبض الشريان الكلوى المتصل بجسم الكلى وأحيانا لا يتوصل الى الكلى بالبحث باليدين الا مع التعود والمهارة حتى يمكن القبض عليها بالاصابع ويلزم تحقق ان هذا الورم هو الكلى بعينه أو ورم آخر معوى أو صفراوى أو

درنى أو كيس ديدانى

(الانذار) - الكلى المتحركة التى ليست مصطحبة بمضاعفات لاتكون خطرة

(المعالجة) - أول شئ يلزم هو الراحة والاجتهاد فى رد الكلى فى مسكنها وتستعمل الحمامات الفاترة واطلاق البطن وقد صنعت جملة أجهزة وأحزمة لحفظ الكلى فى موضعها واستأصل بعض الجراحين الكلى وأغرانى على هذه العملية فلم تنجح غالبا ولذا لا أوصى بها الا اذا كانت الآلام شديدة والنوب متكررة لان كثيرا من المرضى ما وصل الى سن متقدم مع زوغان كليته

(المبحث التاسع فى مرض اديسون أو الداء النحاسى)

(الاسباب) - قد شاهد الحكيم الانجليزى اديسون سنة ١٨٥٥ عددا من المرضى مع ضعف قوتهم وفقر دمهم أصيبوا بتلون نحاسى فى الجلد تلونا تدريجيا وبعد وفاتهم وفعل الصفة التشريحية وجد المحفظة فوق الكلى مريضة فاستنتج من ذلك ان مرض المحفظة هو السبب فى ذلك والبحث عن الارتباط المرضى بين المحفظة وتلون الجلد بهذا اللون جار الى الآن وجميع التجارب التى فعلت على الحيوانات لم تجد فائدة وكذا التى فعلها (نوتناجل) على الارانب فقد وجد أن تلون الجلد حصل بدون تغير فى محفظة الكلى كما ان المحفظة المريضة لاتحدث دائما تلون الجلد ولذا استنتج من هذه الابحاث والاستكشافات ان ليس مرض اديسون هو السبب فى حصول هذه الحالة المرضية بل أن امتداد التغيرات المرضية للضفيرة الشمسية والعقد النصف هلالية للعظيم السنباتوى هى التى تحدث تلون الجلد (ريزروبورجر) وهذا المذهب لم يتم تحقيقه ومحتاج لابحاث أخرى عن أسباب الارتباط بين المرض وظواهره

(الاعراض) - الاعراض الموضعية لهذا الداء بقطع النظر عن المرض الذى يحصل أثناء سيره التدرن الرئوى أو السرطان هى أنيميا وضعف القوى الذى يحصل شيأ فشيأ وقلة حيوية تعرف بهاته لون الاشخاص وانحطاط قواهم وأنيميا المخ ويحصل منها ضعف فى القوة العقلية والجسمية ودوار وطنين فى الاذنين وفقد فى الشهية وقىء متعاص أحيانا وآلام بدون أن تكون المعدة مصابة بمرض واسهال وخفقان فى القلب وازدياد وارتفاع النبض

باو العرض الرئيس المميز لهذا المرض هو تلون الجلد تدريجيا مبتدئا بالوجه ثم باليدين ثم لمواضع التى لونها فى العادة ادكن زيادة عن لون الجلد كهالة الثديين وجلد الابطين واعضاء التناسل ويجوز وجود هذه البقع على سطح الاغشية المخاطية للفم والشفتين وهذا اللون الاسمر يدكن كلما تقدم الداء وقد يعم جلد الجسم وحينئذ يصير الشخص شبيها بالحبشة أو بالسودانيين وعند قرب انتهاء الداء يقل الاسمرار والمادة الملونة آتية من الدم وتتراكم فى طبقة مالبيجى وبجوار الاوعية الجلدية فان الاوعية تخرج كرات منها فتتشبث بالادمة

(السير والمدة والانتهاء) — مرض اديسون مزمن ويمكن ان يمكث سنين وقد يكون حادا وفى هذه الاحوال يبتدئ عادة باضطراب هضمى كالقيء والاسهال وتكون مدته أشهرا وان لم يحصل الموت ينتقل الى الحالة المزمنة وانتهاء هذا المرض محزن دائما ولو وقفت الاعراض فان الموت يحصل ببطء بعد الانيميا العمومية وفقد القوى وفى الانتهاء تحصل أعراض عصبية وهذيان ونوب صرعية وكوما الخ

(التشريح المرضى) — قال اديسون ان تغير المحفظة فوق الكلى ليس واحدا فأحيانا يوجد تدرن فيها بكمية مختلفة الحجم مصحوب بتدرن فى المساريق أو فى الرئة أو فى أحشاء أخرى وقد يوجد فى المحفظة أورام أخرى كالسرطان والاكياس الديدانية الخ ومن ذلك يحصل ضغط على الاعصاب المجاورة وقد توجد كمية من مادة ملونة فى بعض الاحشاء ولين وارتشاح فى لطخ باير أو فى الغدد الوحيدة المعدية

(المعالجة) — مرض اديسون لا توجد له معالجة خصوصية لاختلاف أحواله والمضاعفات التى تصحبه ولذا يلزم استعمال الادوية المقوية والاغذية الجيدة وبعض الحكماء جرب الكهربائية وبرومور ويودور البوتاسيوم وتعالج الاعراض والمضاعفات بما يناسبها

(المبحث العاشر فى أمراض الحوض الكلوى)

هى التهاب الحوض والحصيات الكلوية وتدرن الجهاز التناسلى البولى واستيفاء الحالب والتهاب المثانة والبول الليلى

(فالتهاب الحوض) يصيب أحواض الكلى وهو اما أن يكون بسيطا أو تقيحيا أو نزيفيا

(الاسباب) — التهاب الحوض يكون أصليا نادرا وتابعا لامراض أخرى عفنة كالجدرى

والتيفوس وقد يكون ناتجا عن امتداد من التهاب الكلى أو من التهاب الحالبين أو المثانة وقد يكون تابعا لالتهاب الاعضاء المجاورة ومن أسبابه أيضا الجواهر السمية المارة فيه كالذراريح ومنها الديدان والحصيات الكلوية وعوق البول فى الحالبين

(الاعراض والتشخيص) — حيث ان هذا المرض يوجد فى أغلب الاحوال مع أمراض أخرى فاعراضه تختلط بأعراض الامراض المذكورة ويتعذر تمييزها عنها نعم له عرض مميز وهو أن يوجد عادة فى البول خلايا مثلثة مغزلية الشكل آتية من الاحواض ولا توجد فى موضع آخر من الجهاز البولى الا أنها تفقد أحيانا مع وجود التهاب الحوض ويوجد فى البول دم خصوصا اذا كان سبب الالتهاب باديا وفى الالتهاب الحوضى يكون البول حمضيا بخلافه فى التهاب المثانة فانه يكون قلويا والالم عرض من أعراض التهاب الحوض خصوصا اذا كان سببه حصيات أو عوق البول وهو مختلف الشدة يتجه على مسير الحالبين واذا كان الالتهاب مصحوبا بتجمع بولى يحس بورم رخو قرب الحوض والتبول يصير نادرا قطريا لان المريض يطلب البول فلا ينزل منه الا كمية قليلة كل مرة والورم المذكور يتناقص ويتزايد بحسب نزول البول وعدم نزوله ومن الاعراض وجود القيح والدم فى البول والحركة الحمية الى آخره وتشخيص هذا المرض صعب جدا

(التشريح المرضى) — بفتح الجثة نجد الغشاء المخاطى الحوضى محتقنا وسطحه مغطى بنضح التهابى وفيه كرات بيضاء أو حمراء وأحيانا دم وبه بعض قروح وهذه التغيرات المرضية قد تكون متصلة بتغيرات فى الكلى وحينئذ يوجد التهاب كلوى حوضى وقد يوجد فى الحوض قيح بكمية قليلة أو كثيرة من الالتهاب وحينئذ يكون متصلا بخراج مجاور انفتح فيه أو جملة خراجات ممتدة فى الكلى وقد يعقب التهاب الحوض المزمن ضمور كلوى لا يتميز عن الضمور الكلوى الحقيقى الا بوجود السبب

(المعالجة) — معالجة التهاب الحوض ترتبط أحيانا بمعالجة الامراض المصاحبة خصوصا اذا كان هناك التهاب فى المثانة فانه بمعالجته يجوز ازالة أو منع حصول التهاب الحوض وتستعمل القوابض كالتنين والشب وخلات الرصاص والبلاسم كبلسم الكوباى والمضادات للعفونة كحمض الساليسيليك وكلورات البوتاسا والوضعيات الملينة والحمامات الساخنة

نافعة أيضا وفى أحوال مخصوصة يمكن استعمال الفصد الموضعى أو الحقن بالمورفين

(وأما الحصيات الكلوية) وهى الرسوبات البولية التى تتراكم فى الحوض ويمكن خروجها مع البول فتنقسم الى ثلاثة أنواع بالنسبة لحجمها أحدها الدقيق جدا الشبيه بالغبار والثانى الكبير الذى يقرب من حجم الرملة والثالث الاكبر الذى يبلغ حجم الحمصة أو الفولة وهذا الاخير يكتسب شكل الحوض عادة وبالنسبة لمحل وجودها يقال لها حصيات كلوية وحوضية وحالبية ومثانية الا أن محل وجودها لا يثبت أنها تكونت فيه فان الحوضية آتية من الكلوية مثلا

(الاسباب) - السن له دخل فى تكوين الحصيات الكلوية لانها تشاهد عند الشيوخ والأجنة وعند الاطفال كثيرا حتى يبلغوا عشر سنوات وتوجد عند الرجال أكثر منها عند النساء وتكثر فى بعض الاقاليم كبلاد الانجليز والهولاندا ويظهر أن للمياه المكلسة دخلا فى تكوينها وكذا كيفية المعيشة والمشروبات الروحية واستعداد الاشخاص والوراثة ووقوف البول وتحليله والبنية الحدارية والنقرسية

(الاعراض) - الحصيات الدقيقة الكبيرة ذات السطح الاملس والتى تكتسب وضعا مناسبا عند مرورها من قنوات مجرى البول تخرج معه بدون أن يستشعر بها تقريبا ولكن ليس ذلك دائما فقد تهيج عند مرورها غشاء الحوض أو الحالب أو تقف فى هذا المحل وتحدث ألما يكون شديدا أحيانا معروفا بالمغص الكلوى المميز لهذا المرض ويأتى أحيانا على نوب بغتة أو بسبب كالوثب والجرى وركوب العربات أو الخيل وقد يصل الى الحالبين والى الخصيتين أو الفخذ أو يتجه الى الظهر فتى كانت النوبة شديدة تحدث انحطاطا عموميا وصغرا فى النبض وسرعة فيه وعرقا باردا وميلا للاغماء وتكون الحرارة مرتفعة والبول طبيعيا وأحيانا يتناقص أو لا يخرج عند انسداد الحالب للجهة المريضة وأحيانا أخرى يحصل تشنج فى عنق المثانة فيقف البول المنفرز من الكلى السليمة وقد يوجد فى البول دم أو قيح ومدة النوبة تتعلق بمدة الانسداد ومرور الحصاة اذا كانت كبيرة وهى من بعض ساعات الى بعض أيام وقد تنتهى بخروج الحصاة

وأما الاعراض الاخرى فتتعلق بتأثير الحصاة على الحوض أى بالتهيج والجروح الموجبة

في

فى الحوض التهابا يعرف بأعراضه التى ذكرناها وقد يزول فيما بعد أو يصير مزمنا ويجوز أن ينتج من ذلك أخطار كامتداد الالتهاب الى الكلى وكالامتصاص الصديدى والاستحالة النشوية وقد توجد حصيات كبدية ومثانية مع هذا المرض

(التشريح المرضى) - التغير التشريحى الذى يشاهد هنا هو التهاب الحوض الناشئ من تأثير الحصاة وهو يوجد بدرجاته من الالتهاب البسيط الى الالتهاب الدفتيرى والقيحى والنزيفى الذى يمتد تارة الى الكلى وأخرى الى المنسوج الخلوى المحيط بها ويحدث بورة قيحية كبيرة وقد تشاهد تجمعات حصوية فى الحوض أو بولية وقد توجد الحصاة فى الحالب سادة له أو يكون منثقبا وتتركب هذه الحصيات الكلوية عادة من حمض البوليك ولونها يكون أحمر دكنا أو أسود واذا قطعت يرى انها مركبة من طبقات راسبة وسطحها مستو وذات شكل غير منتظم وأما الحصيات المكونة من أوكسالات الجير فتكون نادرة صلبة ذات لون أسمر وسطحها خشن موشح بغضون كثيرة ولذا سميت بالحصيات التوتية واذا قطعت لا ترى فيها الرواسب المتقدمة وأحيانا تشاهد حصيات مكونة من النوعين المذكورين أى يوجد فيها طبقات من حمض البوليك ومن اوكسالات الجير أو أن أحدهما يكون النوى والآخر الغلاف ويوجد نوع ثالث من الحصيات الكلوية مكون من فوسفات الجير القاعدى أو فوسفات النوشادر المانيزى وقد تكون مشتملة على النوعين السابقين أيضا والحصيات الفوسفاتية تكون ذات لون رمادى مبيض رخوة تشاهد بالاكثر فى المثانة ولتفسير حصول هذه الحصيات توجد أقوال مظلمة والبين أن حصيات حمض البوليك تنشأ من حموضة البول بأى سبب سواء كان من أنواع التغذية أو من تخمر حمضى للبول وأما حمض الاوكساليك فيتكون من تأكسد حمض البوليك لقربه منه وهذا يفسر وجود بعض نوعى الحصيات مع بعض وأما الحصيات الفوسفاتية فتوجد عند قلوية البول

(التشخيص) - يتم باستكشاف الحصيات فى البول عند تصفيته من منخل مانع أو من قطعة شاش ومع ذلك وجود المغص الكلوى ونزول البول الدموى يدلان على وجود الحصيات الكلوية ولو أن الدم يوجد فى بعض أمراض أخرى كلوية كالالتهاب والسرطان والديدان الكلوية الا أن الحصيات أكثر حصولا ويجوز عدم وجود الدم فيها

(المعالجة) – الحصيات البولية وان كانت أكثر حصولا من الاكسيلية فالاثنتان تحتاجان لمعالجة واحدة فمتى تحقق وجود هذه الحصيات يؤمر المريض باتباع بهريز مخصوص ويمنع من تعاطى اللحوم بكثرة بل يأكل من النباتات والالبان واذا كان متعودا على المشروبات الروحية يأخذ قليل منها ويمنع أيضا من المشروبات الحامضة ثم يمكن أخذ كمية من الليمونات النباتية وتستعمل الرياضة والمشروبات المرققة للبول والمشروبات القلوية لتعديل الحالة الحمضية للبول وتعطى فوسفات الصودى أو بى كربوناتها من ٥ الى ١٠ جرام فى اليوم وتعطى كربونات الليتين عدة مرار فى اليوم من ١ الى ٣ ديسى تذاب فى الماء المعتاد أو فى الماء المشبع بحمض الكربونيك أو فى كمية من الليمونات النباتية أو تعطى المياه المعدنية كماء كارلسباد وفيشى وأمس الخ وتعالج الحصيات الفوسفاتية التابعة لقلوية البول بالحوامض خصوصا حمض اللبنيك من نصف جرام الى جرام فى اليوم محلول فى كمية من الماء وتعالج نزلة المسالك البولية لانها هى السبب فى قلوية البول وقد استعملنا بنجاح فى معالجة الحصيات الكلوية مغلى بزر الخلابان يؤخذ منه قدر ثلاث دراهم ويغلى فى أربع واق من الماء القراح ثم يصفى ويشربه المريض على ثلاث مرات وعلى هذه المثابة يداوم المريض مدة سنة فى كل شهر ثلاثة أيام وقد جربنا ذلك عدة مرار فنجح وأخيرا تعالج المضعفات التى تصحب الحصيات الكلوية بما يناسبها

(وأما تدرن الجهاز التناسلى البولى) – فاصابة الكلى به ليست نادرة لان البنية مشحونة بالباسيل الدرنى الموجود فى الدم وعند وصول الباسيل للكليتين يكون الدرن فيهما كما يكونه فى عضو آخر أيضا فيكون الدرن على مسير فرع شريانى أو يكون منتشرا فى الكلى ولذا نجد كثيرا اصابة عضو آخر من أعضاء التناسل مع اصابة الكلى كالبيضين أو الخصية أو الحويصلتين المنويتين وغير ذلك وهذا هو السبب فى تسمية هذا المرض بتدرن الجهاز التناسلى البولى لكون الاصابة تشمل أغلب أعضائه فى آن واحد وهذه الحالة تشاهد عند فتح الجثة ولا يعلم لنا العضو الذى ابتدأ فيه المرض وقد دلت المشاهدات على أن اعضاء تناسل الانثى تصاب أكثر من جهازها البولى وتصاب الكلى بالتدرن الجبنى أو الحبيبى شاغلا الجوهر الكلوى أو الحلمات الهرمية وقد يصاب الحوض أو الحالبان أو المثانة

أو البروستتا أو الحويصلات المنوية

(الاعراض) – تدرن الكلى والحالبين يوجد له علامات شبيهة بعلامات الالتهاب الكلوى الحوضى فيصطحب أحيانا بألم مختلف الشدة وأخرى لا يوجد احساس بألم ومتى تقدم الداء يجوز تبدد منسوج الكلى وتتكرز بعض قطع منها وانفصالها وخروجها مع البول ومتى كانت كبيرة تسد الحالب ويحصل عوق فى البول ثم تخرج معه والبول فى هذا المرض عادة قلوى يشتمل على قيح أو دم ويوجد فيه ألياف مرنة وخلوية تدل على حصول تقرح فى الكلى والعلامة المميزة لوجود الدرن هى وجود الباسيل الدرنى ويستكشف بالطريقة التى ذكرت فى السل الرئوى وعلامات اصابة الاعضاء الأخرى هى متانة فى المثانة وضخامة فى البروستتا وتغير فى الخصية وخصوصا فى البربخ ويضاف الى ذلك أعراض فى الاعضاء الاخرى كالرئة أو العظام اذا كانت مصابة مع أعضاء التناسل فى آن واحد ثم ان الحركة الحمية لا يدوم وجودها فى الابتداء بل فى الانتهاء فتكون حمى الدق والمريض يأخذ فى النحافة على الدوام ويضعف وسير المرض بطىء ومدته من أشهر الى سنة أو سنتين وهو غير قابل للشفاء فانتهاؤه محزن

(التشخيص) – لا يصعب اذا تقدم الداء فان البول القيحى المشتمل على باسيل درنى مع قدم الداء وتعاصيه على الادوية ووجود حمى الدق واصابة أعضاء اخرى بالدرن تثبت وجود هذا الداء وتدرن الخصية أو الحبل المنوى يؤكد التشخيص

(المعالجة) – لم يعلم الى الآن علاج للتدرن فلا يوجد دواء خاص لمعالجته انما تعالج الاعراض بما يناسبها وتستعمل الوسائط الصحية والمقوية ويعالج الالتهاب الكلوى بما يناسبه

(وأما استسقاء الحالب) فيحصل من عوق سير البول وتركه فى هذه القناة

(الاسباب) – هى انسداد الحالب بأى مؤثر خصوصا بالحصيات الكلوية فاذا وقفت الحصاة فى الحالب يتمدد من تراكم البول فيه ويصحبه تمدد الحوض وضغطه على الكلى وأما اذا حصل العوق فى عنق المثانة فيتمدد أولا ثم يقف البول فى الحالبين ويمددهما وعوق عنق المثانة يحصل اما من وقوف حصاة واما من ضيق قناة مجرى البول أو من انسدادها

أومن مرض البروستتا وأحيانا يحصل ضيق الحالبين أوانسدادهما من أورام تضغط عليها أومن الحمل أومن مرض فى أحد المبيضين الخ وقد يكون ضيق الحالب خلقيا

(الاعراض والتشخيص) — أعراض هذا المرض تتعلق بسببه فتختلف بالنسبة للمرض الاصلى والعرض الدائم هو أن يوجد فى الجهة التى فيها عوق لمسير البول ورم يزداد شيأ فشيأ أو يزيد وينقص بحسب زيادة ونقص البول الخارج وبالضغط عليه يحس بمقاومة وبالقرع عليه تسمع أصمية أورنانية اذا حال القولون بينه وبين اليد القارعة ثم ان الاستسقاء البولى اذا كان فى جهة واحدة يجوز أن الكلى الأخرى تعوض افراز البول ان لم يوجد عوق فى قناة مجرى البول يمنع افرازه وقد يصحب هذا المرض اضطراب فى الجهاز الهضمى كتهوع وقئ واسهال الخ

ثم ان هذا المرض يشتبه بكيس فى المبيض أو ورم فيه أوفى الطحال أوفى الكبد أوفى مجارى البول لكن البط الاستقصائى يدلنا على وجود سائل ذى طبيعة بولية وأما اذا كان السائل على غير هذه الصفة فيكون التشخيص عسرا وحينئذ يلزم البحث عن الاسباب

(السير والانذار) — لهذا المرض سير بطئ يصيره مزمنا وانتهاؤه خطر بحسب الاسباب التى أحدثته أوالمضاعفات التى تطرأ عليه كالالتهاب الكلوى أوالحوضى الكلوى أوالمحيط بالكلى أوالتسمم البولى أوالالتهاب المثانى الحالبى الخ

(المعالجة) — يستعان أولا بالمعالجة العرضية وأما الحقيقية فتنحصر فى العمليات الجراحية كالبط أوالشق أواستئصال الكلى وذلك بحسب الاحوال (راجع كتب العمليات الجراحية)

(وأما التهاب المثانة) — فهو المعروف بالنزلة المثانية

(الاسباب) — أسباب هذا المرض تأتى من الخارج أحيانا بواسطة الجراح الذى يستعمل قساطير غير نظيفة وغير عقيمة حاملة لميكروب تدخله فى المثانة فيحدث التهابا أوتدخل أجسام أخرى غريبة مختلفة الشكل والطبيعة أوتأتى من الداخل كالحصيات وتراكم البول المشتمل على مواد قيحية أودموية آتية من مجاريه أوغير المشتمل على شئ وتراكمه آت من شلل فى المثانة أوفى المراكز العصبية أوالامراض الخطرة كالتيفوس أوأن الامراض

الالتهابية سعت الى المثانة كالبليونوراجيا عند الرجل والمرأة ومن امتداد التهاب الحالب أوناصور مستقيمى مثانى اومهبلى مثانى ومن الاسباب وصول جواهر سمية كالزراريح التى تحدث التهابا مثانيا كروباويا أحيانا وجائز أن تأثير البرد يحدث التهابا أيضا ويقال له التهاب مثانى أصلى

(الاعراض) — منها الألم الذى يحس به المريض فى المثانة وتختلف شدته ويتزايد خصوصا اذا كان البول يشتمل على مواد غريبة مهيجة للمثانة ومن ذلك يتطلب المريض البول دائما فى كل وقت فلا ينزل الاقطارات وقد تصطحب هذه الحالة بتشنج فى عنق المثانة يزيد الحالة المؤلمة وقد يتشعع الألم للاعضاء المجاورة ومنها علامات البول فان كمية بول المصابين بالالتهاب المثانى تكون طبيعية تقريبا ورائقة عادة واذا ترك يرى به راسب يظن بالنظر انه قيح واذا بحث عنه بواسطة الميكروسكوب يرى فيه كرات قيح وخلايا بشرية مثانية وبا كتيريا قشية قصيرة متمتعة بحركة سريعة وهى سبب لحصول الالتهاب كما ذكرنا وهذا البول خامر وتكون فيه كربونات النوشادر التى تعرف برائحتها النفاذة النوشادرية ولذا يصير تأثيره قلويا ويوجد فيه بلورات من فوسفات الجير الثلاثى ومن البولات وفى الشكل الدفتيرى منه يوجد فى البول قطع من منسوج ميت واذا كانت المثانة عرضة للنزيف يوجد فى البول مادة ملونة أوكرات حمراء بل وجلط دموية والافراز المخاطى يكون نوع سحاب على الطبقة القيحية فى وسط البول وكلاهما آت من الافراز الالتهابى للغشاء المخاطى للمثانة

والحمى من أعراض التهاب المثانة حتى انها توجد فى أوائل الالتهاب ثم تنقص اذا انحطت الاعراض بل وتزول متى كان البول سهلا ومستمرا كالعادة وعند تمكن الداء واستمراره وعند كون الالتهاب غشائيا تصير الحمى شديدة ومتى كان التقيح موجودا اكتسبت هذه الحمى شكل الحمى المتقطعة بل وشكل الحمى الصديدية اذا حصل امتصاص شئ من الالتهاب التقيحى المثانى وفى الشكل الثقيل من هذا المرض تظهر أعراض عصبية كالألم الرأسى وضيق النفس والدوار والتهوع وذلك ينسب للتخمر النوشادرى للبول وقيل لامتصاص الملح النوشادرى وحصول التسمم النوشادرى

(السير) — للالتهاب المثانى نوعان التهاب حادّ ومزمن فالحاد هو الذى يحصل عقب التقسطر أو من البلينورا جيا وهذا يمكن شفاؤه بعد أيام وأما المزمن الذى يحصل من أمراض أخرى للجهاز البولى أو من أمراض النخاع الشوكى فهو خطر كثير المضاعفات من جهة الحوض أو الكلى وانتهاؤه سريع محزن

(التشريح المرضى) — التشريح لالتهاب المثانة يشابه التشريح المرضى للاغشية المخاطية الملتهبة ففى الالتهاب المثانى البسيط نجد الغشاء المخاطى محتقنا وافرازه متزايدا ومغطى بطبقة مخاطية صديدية وجائز أن نجد بعض نقط حمر دموية ومتى أزمن الداء يصير الغشاء المخاطى ذا لون اردوازى وهو يسمك ويتلون باللون الرمادى المسود والاشكال الخطرة لهذا الالتهاب الناتجة عن آفة فى النخاع يقال لها التهاب دفتيرى ويوجد فيها على سطح الغشاء المخاطى قروح مختلفة السعة وأحيانا التهابات مجاورة وخراجات

(المعالجة) — منها الواقية وتنحصر فى تجنب استعمال المجسات بقدر الامكان والقساطير النظيفة العقيمة عند اللزوم وتجنب ابقاء المجسات المرنة فى المثانة الا بقدر الضرورة ومنها المعالجة الخاصة وهى اتباع بهريز واستعمال الادوية الملينة وغيرها فى الحالة الحادة وأما فى الحالة المزمنة فتكون المعالجة فى الاكثر موضعية وفى جميع الالتهابات المثانية تستعمل الراحة والاقامة فى الفراش والطعام يكون لطيفا وخاليا عن المنبهات فتجتنب الاطعمة المتبلة والمشروبات الروحية وتستعمل السوائل الممددة للبول فيعطى المريض كثيرا من الماء المعتاد أو مغليا ملينا أو ماء معدنيا كماء دتس وما شابهه ويشرب كثيرا من اللبن فانه يكفى فى ازالة الاحوال الخفيفة من النزلات المثانية وأما الادوية فينتخب منها ما يخرج مع البول بسهولة ويؤثر على الغشاء المخاطى الملتهب أو على الميكروكوكوس المرضى ومنها كلورات البوتاسا من ٣ الى ٤ جرام فى اليوم محلولة فى الماء ويجتنب تعاطيها قبل الفطور وحمض الساليسيليك من ٢ الى ٤ جرام ويعطى منه برشامة فيها ٠,٥ ثم يعطى نبات الاوفا أورسى منقوعا من ١٥ جرام فى ١٥٠,٠ ماء ومتى تقدم الداء تستعمل البلاسم كالترمنتينا وبسلم اطولو والاحسن اعطاؤها فى محافظ واذا كان هناك آلام توضع لبخ ملينة على قسم المثانة واذا كان الشخص قوى البنية

يفعل فصد موضعى كارسال علق وتستعمل أيضا المسكنات لتسكين الآلام الشديدة كالحقن تحت الجلد بالمورفين وخلاصة ست الحسن والكافور والحمامات الساخنة الموضعية لها نفع فى هذا المرض

ومعالجة النزلة المثانية المزمنة مثل معالجة الحادة ويضاف اليها استعمال الادوية الموضعية التى تنحصر فى غسل المثانة ولاجل ذلك يستعمل مجس من صمغ مرن وطلومبة يتصلان بواسطة أنبوبة مرنة على هذا الشكل (آ) فيدخل سائل الغسل من جهة ويخرج من الأخرى والسوائل المستعملة للغسل هى الماء الساخن ومحلول خلات الرصاص وفوق منجانات البوتاسا ١,٠ جرام على ١٠٠٠,٠ من الماء أو من الماء الساليسيليكى أو البوراتى من كل ١,٠ فى المائة وبهذه الواسطة يشفى كثير من النزلات والبعض يقف سيره ويضاف الى ذلك معالجة السبب كاستخراج الحصاة والتضايق المجرى ومعالجة الشلل وبعضهم يستعمل الشق العجانى وغسل المثانة وتنويع سطحها كما يفعل الشق فى عملية الحصاة

(واما التبول الليلى أى عدم احتباس البول عند الاطفال) — فهو مرض عصبى فى المثانة يصيب الاطفال من النوعين ولا يتيسر تمييز البول المعتاد عند الاطفال الحديثى السن عن سلس البول الليلى وأما اذا حصل البول ليلا بدون ارادة عند طفل سنه من ٤ الى ١٠ سنوات مع نموّ عقله فيجوز أن يمكث الى البلوغ أو أكثر وأن يؤثر فى حواس الشخص ويضعفه ويكدره

(الاسباب) — تنسب هذه الحالة اما لضعف فى عنق المثانة يجوز أن يكون خلقيا واما لتنبيه زائد عن الحد فى الالياف العضلية للمثانة وفى هذه الحالة الاخيرة ينقذف البول بحركة الفعل المنعكس وقد لا يعلم السبب انما يلزمنا أن نفتكر فى وجود حصاة أو اختناق أو التصاق القلفة بالحشفة أو فى وجود ديدان الى آخره

(الاعراض) — العرض الرئيس هو البول الليلى فكثيرا من المرضى يستيقظ عقب البول والآخرون لا يستشعرون بالبول الا فى الصباح عند قيامهم من النوم وفى النهار حال

اليقظة لايحصل بول غير ارادى بل تطلبه أحيانا يكون سريعا أو ينزل بعض نقط قبل البول المعتاد و يتكرر البول أكثر من المعتاد وقد يبلون أنفسهم بدون ارادة

(التشخيص) - هو سهل بمعرفة ماذكرناه من الاعراض نعم يلزمنا معرفة أن السبب نشأ من عنق المثانة أو من تنبيه جدرانها أو من وجود حصاة أو مرض القلفة أو ديدان حويصلية و يلزم أيضا معرفة أن الحالة متسببة عن الديابطس السكرى أو غير السكرى أو مرض فى الكلى ازداد فيه افراز بولى آت من آفة فى النخاع

(المعالجة) - فى المعالجة يلزم الالتفات الى السبب والى الحالة المرضية وعلى كل يجب تلطيف الحالة ولا تعطى الاطفال المرضى سوائل بكثرة فى المساء و يتبولون قبل النوم و يوقظون فى الليل ليبولوا ولو مرة و تجتنب تدفئتهم بكثرة و نومهم على الظهر ولذا ربط بعض العوام فورشة على ظهرهم لاجل عدم نومهم عليه واستعمال الوسائط القاسية له دخل فى تنبيه المريض ولا يلزم استعمال نحو الكرباج أو السوط الا نادرا و بقدر الامكان يلزم حفظ عقل الاطفال وتهذيبهم

وأما الوسائط الدوائية فمنها المركبات الحديدية لضعفاء البنية وتنجح الكهربائية الا أن هذا ليس دائما ولاجل ذلك يوضع قطب على الظهر والثانى على العجان و يسلط تيار مستمر مدة دقيقتين أو ثلاثة أو ان أحد القطبين يوضع فى صماخ قناة مجرى البول والثانى على العجان ومن النافع أيضا أن يمسح جسم الاطفال بالماء البارد و يجفف قبل النوم وقد يزول التبول الليلى من نفسه مع تقدم السن اذا كان سببه غير عضوى

(المبحث الحادى عشر فى البول الزلالى)

البول الزلالى حالة مرضية تتصف باختلاط الزلال بالبول وهو قسمان حقيقى وكاذب ولكل منهما حالة تميزه ففى الحقيقى يختلط البول بالزلال فى الكليتين من مصل الدم وفى الكاذب يختلط بذلك مدة سيره فى مجاريه وتأتى المادة الزلالية حينئذ من الدم أو القيح أو المنى أو من افراز البروستتا وغير ذلك لان هذه السوائل تشتمل على زلال وقد توجد الحالتان معا والزلال قد يكون مستديما وقد يكون متقطعا

ثم ان للبول الزلالى الحقيقى نوعين أحدهما يصطحب بالتغير العضوى للكلى والآخر

لا

لا يصطحب بتغير وعلى كل يوجد فيه زيادة عن الزلال الذى يأتى من مصل الدم ومن غلاف كراته أو من الببتون اثناء سير بعض الامراض اسطوانات زجاجية الشكل متجانسة القوام ذات لون أبيض زجاجى مختلفة السمك والطول تتلون بالقرمز و بنفسج الجنطيانا وتذوب بالحرارة و يحفظ قوامها بالحوامض وقد يوجد فى البول الزلالى أيضا خلايا بشرية وكرات شحمية منعزلة أو متلصقة بسطح الاسطوانات وحينئذ تصير هيئة هذه الاسطوانات كهيئتها اذا حصلت فيها الاستحالة الشحمية و يقال لها اسطوانات بشرية اذا وجد على سطحها خلايا بشرية ويوجد فيه أيضا بلورات من حمض البوليك ومن البولات وأوكسالات الجير و بكتيريا

(الاسباب) - ينشأ الزلال فى البول من التعب والانفعالات النفسية ومن تعاطى الزلال أو البيض النىء ومن الافراط فى الاكل فيأتى حينئذ فى زمن الهضم (البول الزلالى للهضم) ومن استعمال الحمام البارد والجماع و يوجد زمن الحيض وعند البلوغ وعقب حقن البيلوكاربين وعند المولودين حديثا وسبب هذه الحالة الفسيولوجية لم يعرف معرفة جيدة و يوجد أيضا اثناء بعض الحميات والامراض العفنة الحمية اذا وصلت درجة حرارتها الى ٤٠ . لكن هذا ليس مطردا وكذا فى أثناء سير الامراض العصبية وعقب السكتة المخية والنوب الصرعية والرقص السنجى والالتهاب السحائى والتيفوس وآفات البطن المؤلمة والانيميا والكاشكسيا والنزيف والامراض الجلدية وتأثير الكهربائية وتأثير بعض السموم سواء كان تأثيرا عصبيا أو على منسوج العضو نفسه كالبوتاسا والفوسفور والزرار يح وحمض الفينيك والساليسيليك واضطراب الدورة خصوصا عند عوق الدورة الوريدية وتغير جوهر الكلى لكن قد توجد أمراض فى الكلى كالسرطان والدرن ولا يوجد معها الزلال و يجوز أن يوجد أيضا عند انسداد مجارى البول بالحصيات وما شابهها كما يجوز وجوده فى الحالة الصحية ولما كان من المعلوم أن الكلى عضو يرشح البول خصوصا فى الانابيب المتعرجة للمبيجى كانت الاسباب التى تحدث اضطراب تغذية الخلايا البشرية للانابيب الكلوية المتعرجة السالفة وانفصالها تحدث مرور الزلال مع البول وكذلك تغير قوام الدم يحدثه أيضا كما شوهد ذلك فى الانيميا والكاشكسيا واذا كان

اضطراب هذه التغذية وقيمازال الزلال من البول و بالعكس

(الاعراض والتشخيص) — بقطع النظر عن أعراض الامراض المحدثة اضطراب الافراز البولى يعرف الزلال فى البول بالوسائط الآتية وهى

أولا — أن يروق البول و يرشح ثم يسخن فى أنبوبة اختبار ثم يضاف اليه قليل من حمض النتريك وحينئذ يعكر البول المشتمل على زلال ثم يرسب الزلال و يكون على شكل ندف أو راسب أبيض مختلف الكمية واذا كان الجزء العكر مكونا من أملاح فباضافة الحمض اليه تذوب واذا كان البول الزلالى حمضيا أو متعادلا فالحرارة تجمده وقد يكون الراسب غير زلال و يعرف ذلك بذوبانه فى الكؤل و يلزمنا ان نتذكر أن بول من يتعاطون البلاسم كالترمنتينا او الكوباى خال عن الزلال و يعكر باضافة حمض النتريك عليه

ثانيا — أن يستكشف الزلال بواسطة حمض البيكريك وحمض الميتافوسفوريك وسيانور البوتاسيوم الحديدى فيوضع جزء من هذه الجواهر على بعض من البول ثم يضاف اليه نقطة فنقطة من حمض الخليك فيتجمد الزلال ويحصل ذلك أيضا باستعمال كبريتات الصودا وحمض الخليك ويستعمل أيضا كجوهر كشاف كل من حمض ثالث كلور وركليك و بكلورور الزئبق الصودى فباختلاط محفظة منهما مع البول تتكون الندف البيضاء واذا لم توجد هذه الجواهر فنحن نستعمل بعض نقط من عصارة الليمون أو الخل الابيض مع التسخين فتتكون الندف بهما أيضا

فهذه الطرق التى ذكرت وان كانت تكشف زلال مصل الدم الراسب فى البول لكنها تظهر لنا أيضا غلاف الكرات وحينئذ يتعسر علينا تمييز زلال مصل الدم عن المادة الزلالية لغلاف الكرات فيلزمنا أن نضيف الى البول كبريتات المانيزيا حتى يتشبع بها فيجذب ما يرسب الملح غلاف الكرات و يرسبان معا و بترشيح البول يبقى هذا الغلاف على المرشح وما نفذ منه اذا اشتمل على زلال يعرف بالطرق المتقدمة و يعرف أن فى البول زلال الدم والبيبتون و زلال مشمول الكرات المعروف بالبروبيبتون بأنه يصفو بالتسخين و يعكر بالتبريد كما يعكر باضافته الى كمية من حمض النتريك أو الخليك ثم اذا سخن صار صافيا واذا أريد انفصال زلال مصل الدم و زلال غلاف الكرات عن المادة الزلالية لمشمول الكرات

يضاف

يضاف البول الى محلول مركز من ملح الطعام ثم يوضع عليه حمض الخليك حتى يصير شديد الحموضة ثم يغلى الجميع فيشاهد رسوب زلال المصل وغلاف الكرات ثم يسخن و يرشح فيبقى غلاف الكرات وزلال المصل فوق المرشح وأما البول المشتمل على مشمول الكرات فيمر من المرشح و ينفصل بالتسخين و يلونه محلول كبريتات النحاس باللون البنفسجى

وكمية الزلال فى البول تختلف فتارة لا توجد الا آثاره و تارة يكثر فيه حتى أن الجسم يفقد من الزلال كمية من واحد الى ٣ جرام أو أكثر فى اليوم كما يشاهد ذلك فى التهابات الكلى وضمورها واستحالتها الشحمية وأحسن واسهل طريقة لمعرفة كمية الزلال طريقة اسباخ بواسطة مقياسه الزلالى وهو أنبوبة اختبار ذات جدران سميكة مغلقة بسدادة من الكاوتشو وهذه الانبوبة مدرجة من نصف الى سبعة فى ثلثها السفلى وأما الثلثان العلويان فعليهما علامة (و ٦ ر) يوضع البول فى الانبوبة الى حرف (و) ثم يضاف عليه من المحلول الآتى الى حرف ر

حمض البيكريك	١٠	جرام
حمض الليمونيك المجفف فى الهواء	٢٠	«
ماء	١٠٠٠	«

ثم تغلق الانبوبة بغطائها ثم ترج لمزج البول بالجوهر الكشاف فيرسب الزلال على شكل ندف ثم تترك الانبوبة ٢٤ ساعة فيرسب الزلال على شكل عمود من قطعة واحدة وليحذر من وضع الانبوبة فى محل منخفض الحرارة أو عرضة للتغير بل لابد أن تكون درجته من ١٢ الى ١٥ ومن درجة ارتفاع عامود الزلال تعرف كميته

(المعالجة) — يعالج المرض الذى أحدث الزلال بخلاف ما أمر به بعض الحكماء الطليانيين والفرنساويين من العلاج بالفوكسين من ٥ سنتى و قامن ديسى واحد الى ٣ فى اليوم فانه لم يجد فائدة تامة وأوصى فريرى باستعمال حمض التنيك بالكيفية الآتية

حمض تنيك	٣	جرام
خلاصة الصبر	٣	«
خلاصة عرق النجيل	كمية كافية	

يقسم الجميع مائة حبة ويعطى منها فى اليوم ٤ حبات ومدح البعض استعمال تنات الصودا والبعض حمض التنيك مع كربونات الصودا واستعمل آخرون البرومو بنزول ٥ ديسى كل ثلاث ساعات

ويلزم الاعتناء بالوسائط الصحية وهى استعمال ملابس الصوف والحمامات الساخنة وسكنى البلاد الحارة مدة الصيف لمن قدر ويلزم تجنب المشروبات المنبهة كالشاى والقهوى والكؤلية ويفضل النبيذ الاحمر على الابيض لاشتماله على التنين وتستعمل الاغذية الدسمة خصوصا الالبان والامراق ويلزم أن لا يتم المريض أكله دفعة واحدة بل يأكل مرارا بكمية قليلة ويستعمل من المياه فى غير الصيف ماء أمس وسلس وفيشى وجيسوبلر وبريلاو وفى مدة الصيف مياه كاراسباد أوفيشى أومارين باد

(المبحث الثانى عشر فى بولية الدم)

هذه حالة مرضية مخصوصة تتصف بوجود عناصر البول فى الدم

(الاسباب) - ينشأ هذا المرض من عجز الكلى المريضة عن تميم وظيفتها وحينئذ لا ينفرز البول كالعادة ويذوب بعض عناصره كالبولينا فى الدم وتتراكم فيه ولذا نجد دم المصابين بداء برايت مشتملا على كثير من الماء وكثافة مصله تنحط من ١٣٠ الى ١٢٠ أو أقل وبتناقص افراز البول وتراكم البولينا فى الدم والانسجة تحدث ظواهر مختلفة تطرأ اثناء سير أمراض الكلى وتعرف بأعراض التسمم البولى أو بأعراض بولية الدم وجائز أن يكون احتباس البولينا هو السبب المهم فى هذه الاضطرابات ولو وجد احتباس عناصر أخرى بولية خصوصا أملاح البوتاسا لان التجارب أبانت أن استئصال الكليتين أو ربط حالبيهما يحدث مجموع أعراض التسمم البولى كالقىء والتشنج والكوما الخ ويحدث أيضا أنيميا المخ والنخاع الشوكى وهذه الانيميا تشترك فى حصول الظواهر البولية ذوات الطبيعة العصبية حيث ان حقن كمية من البولينا فى دم الحيوانات السليمة لا يحصل عنه عواقب وخيمة لان افراز البولينا بواسطة الجهاز البولى وليست هذه الاعراض البولية قاصرة على المصابين بآفات فى الكلى بل توجد عند تناقص البولينا المنفرزة من الكلى وقد رأى فريرى أن سبب بولية الدم ليس احتباس البولينا فى الدم فقط بل ومن كربونات النوشادر

الناتج من تحليلها بتأثير مخمر موجود فى الدم لكن هذا الرأى ليس مقبولا لعدم وجود هذا الملح النوشادرى فيه

(الاعراض) - من الجائز ان الدم يصاب بالبولية من غير ظهور أعراض خطرة ويستمر كذلك زمنا وتسمى تلك الحالة بالمزمنة وأما الاعراض الخطرة فتنحصر فى أعراض هجوم كألم رأسى وفزع فى التصورات وتهيج وأنين وضيق نفس وتهوع وقىء متكرر وتشنج وتقلص فى الوجه والاطراف

والعرض الرئيس هو نوبة التشنج والكلامبسيا مع نوب صرعية الشكل تسبق بحالة نوترية قصيرة يتمدد الجسم فيها بالاستلقاء على الظهر وتحصل انقباضات شديدة فى الوجه والاطراف وتخرج من الفم رغوة دموية وتتمدد الحدقة غالبا ويسرع التنفس وتنقبض عضلاته انقباضا تشنجيا ويصغر النبض ويتوالى ومن اعراض هذا المرض العمى البولى الذى يشاهد أحيانا اثناء المرض وهو مهم المعرفة ويزول اذا قاوم المريض النوب التشنجية ووجوده وحده أو قبل النوب نادر ويبتدئ باضطراب النظر حتى ينتهى بالعمى مع بقاء الحدقة على احساسها بالضوء والشبكية على حالتها الطبيعية اذا بحث عنها بالمنظار العينى وهذا مما يوجب القول بأن سببه تغير الطبقة القشرية للفصين المخيين المؤخرين وقد يشاهد اضطراب فى القوى العقلية فيحصل هذيان وخفة عقل ومالنخوليا ويندر حصوله فى أعضاء أخرى كثقل أو صمم فى السمع وقد يوجد شلل فى بعض الاعضاء أو فالج وهذه الاضطرابات قد تزول بعد يومين أو أيام وربما تستمر بعض أسابيع ووجود البولينا فى الدم يحدث القىء المميزله والاسهال لان ذلك ينشأ فى الغالب عن وجود البولينا وعن تكون كربونات النوشادر فى المعدة والامعاء كما دل على ذلك البحث الكيماوى وقد يكون القىء مصحوبا بقهقة (فواق) شديدة ومن السبل لخروج البولينا سوى القناة المعوية غدد العرق كما أثبت ذلك شوتين حيث وجد البولينا على سطح الجلد وهذا لا يمنع تنبيه أعصاب الجلد بواسطة البولينا

(الانتهاء) - ينتهى هذا المرض غالبا بالشفاء ولو حصلت نوب تشنجية وكوما وأحيانا ينتهى بالموت على حسب شدة التغيرات المرضية الكلوية

(المعالجة) - تعالج هذه الحالة المرضية بمعالجة أسبابها

(المبحث الثالث عشر فى البول الدموى)

هذا مرض يتصف بوجود كرات دموية فى البول تصيره ذا لون أحمر وهذا هو البول الدموى الحقيقى وأما المشتمل على المادة الملونة للدم فكاذب

(الاسباب) - منها الطوارئ البادية التى تؤثر على الكلى أو على مجارى البول ومنها أمراض الكليتين والاحواض والحالبين وبعض أمراض المثانة خصوصا تمددا أوردتها المعروفة بدوالى المثانة والتهاب قناة مجرى البول ومنها أيضا بعض المواد السمية كالزراريح وغيرها ومنها الامراض العفنة والحميات الطفحية والحصيات المثانية والكلوية وأمراض البروستتا والاسكربوط والفرفرية ومنها وجود ديدان حويصلية أو خيطية أو ديدان بلهارس فانى شاهدته كثيرا فى مصر ناشئا عن دودة بلهارس وعن الدودة الخيطية وان كانت نادرة فى هذا القطر

(الاعراض) - أعراض هذا المرض تنحصر غالبا فى تغير لون البول وصيرورته أحمر بدرجات متفاوتة على حسب كمية الدم ومدة مكثه فيه فاذا كانت كميته قليلة كان لونه ورديا واذا كثرت كان أحمر قانئا ويدوم هذا اللون اذا لم يمكث البول مدة فى المثانة واذا مكث صار دكنا أو أسمر أو أسود أو أخضر دكنا واذا كان الدم ممزوجا بالبول مزجا متناسبا ووضع فى اناء شفاف رئى له لونان خضرة الطبقة العليا واحمرار الباقى ويختلف لون الدم أيضا باختلاف منبعه فاذا أتى من قناة مجرى البول بقى أحمر من غير أن يرسب منه جلط فى قاع الاناء واذا ترك ساكنا رسبت منه كرات دموية حتى يصير رائقا وتأثيره حمضيا عادة وأما اذا أتى من المثانة فتكون كميته كثيرة وتأثيره متعادلا أو قلويا من القلويات الثابتة وقد يشاهد خروج قطع دموية مع البول اذا كانت كمية الدم كثيرة وأحيانا يحس بألم مختلف الشدة والمجلس على حسب المرض المحدث له ومجلسه ويتوصل الى معرفة الدم فى البول بواسطة البحث الميكروسكوبى فتشاهد كرات دموية حافظة لشكلها عادة خصوصا اذا كان مزج الدم بالبول حديثا وأحيانا تفقد هيئتها المقعرة الوجهين وتصير صغيرة شديدة اللون وأحيانا أخرى

يتغير شكلها القرصى وتصير مشرذمة الدائر وأحيانا يفقد لونها حتى لا تتيسر رؤيتها الا فى ظل دائرة الميكروسكوب أو بواسطة محلول يودور البوتاسيوم اليودى الذى يجعلها صفراء ويتوصل أيضا الى معرفة الدم بالضوء بواسطة الاسپكتروسكوب (منظار الالوان) وطريقة ذلك أن يغلى بعد أن يضاف عليه قدر ثلثه من محلول البوتاسا فاذا كان مشتملا على كرات الدم رسبت بلون أحمر واذا لم يكن مشتملا عليها رسب منه فوسفات أرضية وجيرية على هيئة ندف بيضاء

(التشخيص) - لتشخيص هذا المرض واسطتان الاولى معرفة وجود الدم فى البول والثانية معرفة سبب وجوده أما معرفة وجوده فسهلة لان البول يكون ذا لون أحمر دموى مشتمل على كرات دموية ويؤثر تأثيرا قلويا عادة بسبب وجود كربونات النوشادر وغيره مما تقدم فى طرق الاستكشاف وأما معرفة سبب وجوده فعسرة لاشتباه بعض دماء الامراض المحدثة له ببعضها وعلى كل حال يلزم تجنب اشتباه البول الدموى بالبول ذى اللون الدكن الذى يشاهد فى الامراض الحمية والاحتقانات أو بالبول اليرقانى أو المتحمل بالراوند أو السنا المكى أو الممزوج بالدم بعد خروجه والبول الدموى الآتى دمه من الكلى يكون ذا لون متناسب مشتمل على كمية زائدة من الزلال أكثر مما فى البول الذى يمزج بالدم بعد خروجه ويشاهد فيه أنابيب بولية ويحصل منه ألم وأوزيما فى الانسجة المجاورة وأما البول الدموى الآتى دمه من الحوض ومن الحالب فيكون مشتملا على جلط دموية اسطوانية وأما الدم الدموى الآتى من المثانة فيصطحب عادة بآلام فى هذا العضو وحبس فى البول واضطرابات أخرى ولون البول فى أوائل خروجه يكون أقل احمرارا منه فى أواخره وتأثيره قلوى عادة وأما الآتى من المجرى فيكون قليل الكمية ويخرج قبل قذف البول وبالضغط على المجرى بخلاف الآتى من المثانة فانه يخرج مع البول أو عقبه

(الانذار) - يتعلق انذار هذا المرض بالسبب الذى أحدثه وبكمية الدم الخارج مع البول

(المعالجة) - يكتفى أحيانا بمعالجة السبب الذى أحدث هذا المرض وأحيانا يلتجأ لاستعمال أدوية تؤثر مباشرة فتوضع الوضعيات الثلجية على القسم المريض ويستعمل الحقن بالارجوتين وقد شوهدت نتيجة من استعمال فوسفات الجير ومن استعمال ثلاثين

نقطة من صبغة الخشب المعرّق على ثلاث مرات فى اليوم واذا تحققنا ورود الدم من المثانة لزم استعمال الحقن بالمياه الثلجية أو بنترات الفضة من ٥ سنتى الى ٥ ديسى فى المائة ومثله محلول سكسوى كلورور الحديد

(تذييل)

للبول الدموى شكل يأتى فيه اللون الاحمر من عناصر كرات الدم المتغير تركيبها الطبيعى لا من نفس الكرات

(الاسباب) - تنشأ هذه الحالة المرضية من الامراض العفنة ومن الوسائط المذيبة للكرات الدموية فى باطن الاوعية فتجتهد الكلى حينئذ فى استخراج ما يرد اليها من المادة الملونة للدم المنفصلة ومن بقية عناصر الكرات ويتوصل الى معرفة ذلك بحقن حيوان بمحلول ملحى فانه يؤثر على الكرات الحمراء ويبدد تركيبها وبذلك يظهر البول بلون أحمر وكذلك اذا حقن باملاح حمضية وبالصفراء وبالجليسرين وبالتسمم بحمض الكلورايدريك وحمض الكبريتيك وبالاستنشاق بالايدروجين الزرنيخى والايدروجين السيانوايدريك والايدروجين المكبرت والايدروجين الانتيمونى الخ وهذه التجارب قد فعلت على الحيوانات ويمكن تطبيقها على الانسان

(الاعراض والتشخيص والمعالجة) - البول الذى يشتمل على عناصر كرات الدم يعرف بلونه الذى يكون فى الغالب أحمر قاتما وأحيانا اسودا كلون العسل الاسود واذا كانت كميته قليلة تظهر فيه بعض الشفافية وكان تأثيره قلويا وبالحرارة يتجمد جزء منه على سطح ما يسيل من البول ويكون لون هذا المتجمد أسمر واذا عومل السائل بعد رفع المتجمد بالكؤل ثم سخن وأضيف اليه حمض الكبريتيك فالكؤل ينزع المادة الملوّنة للدم ويتلون بلون أحمر مائل الى السمرة

واذا بحثنا عن بول هذه الحالة المرضية بالمنظار المعظم رأينا فى أغلب الاحوال أن كل الكرات الحمراء زالت ويندر رؤية بعض منها وهذا البعض لا يوضح انا شدة احمرار البول ونرى أيضا حبوبا دقيقة ذوات لون أحمر طوبى تجتمع أحيانا فتكوّن أنابيب ليست الا كرات الدم المتغيرة التركيب وكذا نرى خلايا بشرية وبذلك كله يسهل علينا تشخيص هذا المرض

ومعالجته تختلف باختلاف السبب

(المبحث الثالث عشر فى البول السوداوى)

يوجد هذا المرض عند وجود السرطان السوداوى فى المعدة والكبد وعند النزع فيشاهد لون البول أسود حال نزوله وقد يسود شيأ فشيأ بعد نزوله وباضافة حمض النتريك أو كلورور البوتاسيوم على البول وتسخينه قد يظهر هذا اللون وأما البول السكرى فسنشرحه فى باب مخصوص

(المبحث الرابع عشر فى البول الدهنى)

هذا مرض يجعل لون البول كاللبن أو اللينفا وينقسم الى شكلين أحدهما يشاهد فى الاقاليم المعتدله والثانى يشاهد فى الاقاليم الحارة كبلاد الصين والجابون والهند الشرقى ومصر وغيرها وهو غالبا نتيجة الدودة الخيطية الدموية السابقة ويندر فى البلاد الحارة وجود هذا المرض بدون أن يكون ناشئا عن هذه الدودة

(الاعراض) - بول المصابين بهذا الداء يقرب لونه من لون اللبن وقد يكون أصفر أو أحمر اذا اشتمل على دم (البول الدهنى الدموى) وقد يتجمد سطحه فيكون كقرص هلامى القوام ذى لون أحمر ورائحته البولية خفيفة وتأثيره حمضى أو معتدل وقد يكون قلويا نادرا ويتصاعد منه الايدروجين المكبرت وهو سريع التحلل ومع ذلك قال بعض الاطباء يمكن حفظه مدة بدون أن يتحلل ويشتمل هذا البول غالبا على جلط مختلفة القوام الرخو فتعوق التبول وقد لا توجد هذه الجلط الا بعد تعريض البول للهواء وبامتحان البول بالميكروسكوب يشاهد فيه كرات شحمية وكرات تشبه كرات اللبن وكرات دموية حمراء وبيضاء وبلورات من فوسفات المانيزيا والنوشادر وربما تشاهد بلورات من حمض البوليك واذا أضفنا الى البول محلول البوتاسا أو الايتير ورج تذوب الكرات وتعلو سطح البول ويصير رائقا غير أنه لا يخلو من كمية زلالية

(التشخيص والانذار) - بمعرفة الاعراض المذكورة يكون التشخيص سهلا وأما انذار هذا المرض فغير جيد لفقد المادة الدهنية والزلالية من الجسم دائما

(المعالجة) - تعطى المقويات وحمض التنيك ولاجل مضاربة الحيوان التسلقى تعطى الادوية المضادة له و (شوب) استعمل بى كرونترات البوتاسا بنجاح وتغير الاقليم مساعد على الشفا من هذا الداء

(الباب الثانى فى امراض الجهاز التناسلى)

(المبحث الاول فى السيلان المجرى)

يوجد من هذا المرض نوعان بسيط ونوعى فالبسيط ينشأ عن البرد أو عن تنبيه فى قناة مجرى البول ويزول بالمعالجة البسيطة المضادة للالتهاب وأما النوعى فهو مرض كثير الحصول ينشأ عن العدوى ومنه الحاد والمزمن

فالحاد له ثلاثة أدوار دور حاد ودور وقوف ودور انحطاط وهو فى الدور الاول يبتدئ ليلا بتنميل أو حرارة فى طرف المجرى فيستيقظ المريض متحيرا و يبحث عن فوهة القناة فيجد فيها نقطة من مادة مخاطية قيحية و يحس عند البول بألم يزداد مع الافراز القيحى المخاطى فى الخمسة الايام الاول و يحصل ليلا انعاظ مؤلم معذب للمرضى يصحب أحيانا بقذف منى ثم تقف هذه الاعراض والافراز القيحى متى بحث عنه وجد مصحوبا أحيانا بكرات بيضاء وخلايا بشرية وأحيانا أخرى بكرات دموية حمراء وميكروكوكوس واذا كان الالتهاب شديدا ترشح الاوعية الليمفاوية الغائرة والاوعية السطحية فتحصل سماكة فى الانسجة المرتشحة ومجموع هذه الاعراض واصف لما يعرف عند العوام بالزنقه

(المعالجة) - تستعمل مضادات الالتهاب وراحة العضو والحقن القابضة خصوصا محلول كبريتات الخارصين المسكن أحيانا ويعطى ماء القطران شربا ويعطى من الباطن حبوب الكافور لتسكين الانعاظ ويجب على المريض اجتناب جميع المشاق وما يوجب ضغطا فى الخصيتين لئلا يحدث التهاب فى البربخ ومن المحاليل المستعملة محلول نترات الفضة واحد فى المائة ومحلول السليمانى من واحد الى اثنين فى الالف وقيل ان مس الجزء المقدم من قناة مجرى البول فى ابتداء المرض يحدث وقوف المرض ولا يمكن ذلك الا فى اليومين أو الثلاثة الاول والحقن المستعملة فى قناة مجرى البول هى الحقنة ذات التيار الراجع والحقنة المعتادة فان لم تثمر هذه الحقن مع وصول المرض الى دور الوقوف يستعمل من الباطن

بلسم الكوباى والكبابة الصينى والصندل والماتيكو ومتى أثرت المعالجة الموضعية والعمومية تأخذ الاعراض فى دور الانحطاط حتى تزول

(وأما السيلان المزمن الشامل للنقطة الحربية) - فهو مرض كثير الحصول عسر الشفاء الذى يتوصل اليه الطبيب بمعرفة بنية المريض

ويتصف هذا المرض بأن يكون افرازه المخاطى القيحى سميكا و يلوث الملابس ببقع صفراء خضراء والافراز يتزايد فى الصباح و يلوث أيضا حشفة المريض التى اذا ضغط عليها يسيل منها نقطة أو اثنتان ولا يصحبه ألم فى العادة

(المعالجة) - يلزم الطبيب أن يخبر المريض بحسن حاله ليطمئن فان غالب المرضى يشتغل فكره بحاله اشتغالا زائدا وأما المعالجة الدوائية فتختلف باختلاف أحوال المرض فمعالجة السيلان المزمن غير المصحوب بتغير محدود فى قناة مجرى البول تتعلق بحالة سوء القنية وتكون موضعية وعمومية فالموضعية هى الحقن السابقة والحقن العازلة المعلق فى صواغها البزموت أو التباشير أو الكادا الهندى أو أوكسيد الخارصين والمحاليب المضادة للعفونة والعمومية منحصرة فى اعطاء الترمنتينا وروح الصندل وما شابه ذلك ويعالج السيلان المجرى للنساء بما تعالج به الرجال

وأما مضاعفات السيلان المجرى ومعالجتها فتتعلق بفن الجراحة

(المبحث الثانى فى العنـــــة)

(أى عدم القدرة على الجماع)

هى اما ان تكون من مرض موضعى فى أعضاء التناسل أو من مرض بنيى أو من حالة فى القوة العقلية وتندر من سبب تسممى وهى اما خلقية أو مكتسبة وقتية أو دائمة

(الاسباب) - منها قصر القضيب جدا حتى لو نعظ لا يتيسر له الدخول فى المهبل وهذا القصر اما أن يكون خلقيا أو مكتسبا من وجود قيلة مائية كبيرة أو من وجود داء الفيل فى الصفن وحينئذ يكون عدم القدرة وقتيا وقد يكتسب القضيب شكلا معيبا منحنيا أو زاويا عقب أثر التحام ويمنع من الجماع أيضا التعظم الذى يحصل فى القضيب وكذا الورم الذى يتكون فيه ومنها أمراض الخصية التى يتسبب عنها وقوف تكون المنى أو عدم تكونه

خلقى بالسوء تركيب الخصية وقد يحدث هذا المرض أيضا من البول السكرى كما شاهدت ذلك ومنها أمراض النخاع وكذا تنبيه أعضاء التناسل تنبيها زائدا كما يحصل عند الذين أفرطوا فى الجماع أو الذين يحاولون انتشار القضيب باليد ولا بد لهؤلاء أن يأتى زمن عليهم يزول فيه الانتصاب ومنها تأثير القوة العقلية على الجسم كاشتغال البال والحيرة والخوف والفزع وتوهم عدم الانتصاب وما يماثل ذلك وهذا يصادف المقلين والمكثرين من الجماع ومنهم من ينتصب مع زوجته ولا ينتصب مع غيرها وبالعكس. وهذا يحصل أيضا للمتزوجين حديثا لعدم الانتصاب الكافى أو لقذف المنى قبل وصول القضيب للمهبل الخ ومنها تأثير بعض الادوية كبرومور البوتاسيوم والكافور والزرنيخ وحمض الساليسيليك والمورفين

(الانذار) - يتعلق بالسبب فاذا كان السبب قابلا للزوال تزول العنة

(المعالجة) - يستعان بالوسائط الجراحية اذا كان السبب ميخانيكيا مانعا من دخول القضيب فى المهبل أما اذا كان السبب بنيا فتستعمل الوسائط اللائقة لعلاجه وتزال الاسباب العقلية بالنصائح الموجبة لطمأنينة المريض وبتبشيره بان هذه الاحوال زالت عمن كان مصابا بها حتى انه أعقب وتعطى المقويات لمن ضعف من الافراط فى الجماع ويمنع منه ويؤمر بالمكث فى المحال الفسيحة الطلقة الهواء كالقريبة من الانهر أو المتنزهات أو الجبال وبرش الجسد بماء بارد واستعمال الحمامات الباردة أيضا وأخيرا تستعمل الكهربائية ذات التيار المستمر والمغناطيس

(المبحث الثالث فى العقم)

يقال ان الرجل عقيم اذا لم يحصل منه للمرأة حمل بعد الجماع بسبب أن السائل المنوى لم يصل الى أعضاء تناسل الانثى أو يصل اليها مع عدم اشتماله على حيوانات منوية والحالة الاولى تعرف بالمنى الغير واصل والثانية بالمنى الخالى عن الحيوانات

(الاسباب) - أما الحالة الاولى فسببها وجود عائق فى القنوات القاذفة أو فى قناة مجرى البول وهذا العائق ينشأ عادة عقب السيلان المزمن اذا احدث ضيق فى قناة مجرى البول أو احتقان التهابى فى البروستتا مصحوب بضغط القناة القاذفة ويعرف الضيق بجس المجرى وينشأ عوق المنى أحيانا من ضيق القلفة ومن أمراض الحويصلة المنوية وأحيانا من

رض الاجزاء المجاورة فقد شوهد حصول ذلك عقب شق المثانة الجانبى وقد لا يخرج المنى بسبب تأثير عقلى أو تأثير الاستمناء أو الجماع المفرط وقد يخرج حال جماع بعض النساء دون بعض آخر

(التشخيص) - تشخيص عدم نزول المنى سهل ثم يلزمنا معرفة سببه بمراجعة ما ذكر فى الاسباب

(المعالجة) - يعالج عدم نزول المنى بوسائط جراحية اذا كان سببه ضيق القلفة أو قناة مجرى البول وفى أحوال أخرى تستعمل وسائط التشجيع والمركبات الحديدية والحمامات والرش بالماء البارد والاقامة على شواطئ البحار أو قمم الجبال وقد لا تنجح هذه الوسائط

وأما الحالة الثانية التى خلا فيها المنى من الحيوانات فتنشأ من تغير فى الخصية وقد تكون الخصية منيا مشتملا على الحيوانات لكن لا يمكن وصوله الى القناة القاذفة بسبب مرض أصاب البربخ أو القناة الناقلة

(المعالجة) - لا يكون لها تأثير فى ازالة هذه الحالة المرضية أحيانا وفى أحوال أخرى يزول المرض بزوال سببه

(وأما عقم الانثى) - فينشأ من عدم تمام أعضاء تناسلها أو من أمراض تعترى الرحم أو المهبل أو من فقد المبيضين أو تلفهما وأحيانا يحصل التلقيح ولكن لا تكتسب البيضة نموها بسبب وجود مرض موضعى أو عمومى بنى والمعالجة هنا تتوجه الى السبب أيضا

(المبحث الرابع فى نزول المنى أو السيلان المنوى)

يقال ان الشخص مصاب بالسيلان المنوى اذا خرج منيه بلا جماع وهو قسمان حقيقى وكاذب فالحقيقى يأتى سائله من الخصيتين والكاذب يأتى من الحويصلتين المنويتين وغدتى كوبر ولتر

(الاسباب) - السبب الرئيس للسيلان المنوى هو الاستمناء الذى بتكراره تسترخى أعضاء التناسل حتى ان أقل منبه لها يحدث السيلان المنوى ويشتد الاستمناء حتى

لايكون للمريض تفكر فى غيره وقد يشترك فى التنبيه الاعضاء المجاورة

ومن الاسباب ضيق الحشفة وتراكم افرازها والحصيات المثانية والتهابها والديدان والبواسير والنواصير وقوبة الشرج وآفات العضرط الى آخره وقد يحصل السيلان المنوى من أمراض المخ والنخاع الشوكى لتنبيهها أعضاء التناسل ومن تأثير أمراض أخرى

(الاعراض) - اعراض الحقيق تنحصر فى قذف المنى ليلا كما يعلم ذلك البالغون من احتلامهم المصحوب بلذة خروج المنى وهذه الحالة لايعقبها ضرر بل راحة ويفسر حصول هذه الحالة بأن تجمع المنى فى الحويصلتين المنويتين يمددهما ويضغط على أعصابهما فيتنبهان وينقبضان بتأثير فعل منعكس ويحصل الاحتلام المصحوب بلذة من قذف المنى ويحصل هذا القذف مرة فى الاسبوع أو الأسبوعين أو جملة أشهر على حسب بنية الشخص وسنه وتصير هذه الحالة مرضية اذا تكرر هذا القذف وصحب بتغيرات مرضية ويجوز أن تصل فى هذه الحالة نوبه الى مرتين أو ثلاث فى الليلة

واذا تكررت هذه الحالة مدة من الزمن يجوز أن يحصل القذف فى النهار أيضا التنبيه عقلى أو جسمانى كالفرح والفزع والغضب وفعل مجهود أو قراءة مملة أو مس الشخص قضيبه أو الاحتكاك بامرأة أو النظر اليها وجميع الافكار المثيرة للذة توجب سيلان المنى وقد يكون نزول المنى ناشئا عن احتكاك الملابس بدون انعاظ او مع انعاظ ضعيف بدون لذة وبالبحث عن السائل المنوى بالنظارة المعظمة يشاهد فيه الحيوانات المنوية وقد يسيل المنى عند التغوط والتبول بسبب ارتخاء فى فتحتى القناتين القاذفتين وحينئذ تشاهد الحيوانات المنوية فى البول واذا استمر نزول المنى تتأثر القوى العقلية وتخمد فيكون المريض مختل النظام العقلى وكذا تتأثر القوى الجسمية فيكون المريض أصفر مخضرا وينحف وتغور أعينه فى الحجاج وتضعف قواه العضلية ويبطؤ مشيه الذى يصير اهتزازيا وتختل حركات أطرافه وبعضهم يستشعر باحساسات غير طبيعية كخدر فى الاطراف وتنميل وقشعريرة وآلام فى العمود الفقرى وطنين فى الاذنين وصمم وضعف فى البصر يفضى الى العمى على رأى بعضهم ودوار وألم فى الرأس مع تغير الشهية المصحوب بالجوع تارة

والتهوّع تارة أخرى وامساك شديد واحتباس فى البول وخفقان وضيق نفس وأنين وضربات فى الرأس ويكثر الاحساس بالخفقان ومابعده اذا اختلط المريض بغرباء ولذا الزم تجنبهم لان الاستمناء يلجئه الى ذلك ويصير المريض كسلان لاطاقة له بالاشغال العقلية لما يصير اليه من البلادة ويصير عرضة لامراض أخرى عصبية وللأنيميا

(التشخيص) - تشخيص السيلان المنوى الحقيقى سهل بالنظارة المعظمة التى ترينا الحيوانات المنوية ويضاف الى ذلك سهولة نزول المنى وكبر القضيب وارتفاع وانخفاض الخصية اذا وقف المريض عاريا عن الملابس اما اذا كان السيلان كاذبا فلا نرى فيه تلك الحيوانات بل نرى فيه حبيبات نشوية وخلايا مستديرة وبشرية وبلورات كبيرة منوية

(المعالجة) - يلزمنا معرفة السبب واستعمال معالجة عمومية كالاغذية الجيدة وانتظام الطبيعة ولابد أن تجتنب المرضى الاكثار من الاغذية فى المساء والمشروبات المنبهة والقراءة المنبهة ولاتنام على الظهر بل على الجنب وتستعمل الضعفاء الادوية المقوية وحمامات البحار وتسكن الجبال ويسكن التنبيه ببرومور البوتاسيوم من ثلاثة الى أربعة جرام فى اليوم وبالكافور واللوبولين ويعطى الاستركنين وتستعمل الكهربائية وقد استعمل كى فوهات القنوات القاذفة

(تنبيه) - قد أوجزنا الكلام فى أمراض الجهاز التناسلى للذكر والانثى لبسط الكلام عليها فى كتب الولادة والجراحة (راجع)

(تم الجزء الرابع ويليه الجزء الخامس فى الامراض العفنة)

فهرست الجزء الخامس من الخلاصة الطبية فى الامراض العفنة

صحيفة

٢ المبحث الاول فى التيفوس الراجع
٥ « الثانى فى التيفوس الطفحى
٧ « الثالث فى التيفوس البطنى
١٧ « الرابع فى النوشة
٢١ « الخامس فى الطاعون
٢٣ « السادس فى القرمزية
٢٨ « السابع فى الحصبة
٣٠ « الثامن فى الروبيولا
التاسع فى الجدرى
٣٦ « العاشر فى الجدرى الطيارى
٣٧ « الحادى عشر فى الحمرة
٤٠ « الثانى عشر فى الهيضة الآسوية
٤٦ « الثالث عشر فى الهيضة الاورباوية
٤٧ « الرابع عشر فى الملاريا
٥٢ « الخامس عشر فى التيفوس الدماغى الشوكى
٥٤ « السادس عشر فى الحمى الصفراء
٥٦ « السابع عشر فى الدفتيريا
٦٠ « الثامن عشر فى الامراض الحادثة من الامتصاص الصديدى
٦٣ « التاسع عشر فى التهاب الامعاء الغلاظ (الدوسنتاريا)
٦٦ « العشرون فى الداء الزهرى
٦٧ « الحادى والعشرون فى الزهرى الثانوى
٧٠ « الثانى والعشرون فى الامراض الزهرية الثلاثية
« الثالث والعشرون فى الجذام
٧٢ « الرابع والعشرون فى الكلب
٧٥ « الخامس والعشرون فى الحمرة الخبيثة
٧٧ « السادس والعشرون فى السقاوة والسراجة
٧٩ « السابع والعشرون فى مرض الدودة الحلزونية

تمت

الجزء الخامس

من (الخلاصة الطبية فى الامراض الباطنية)

لسعادة الدكتور النطاسى حسن باشا محمود مدير ادارة الصحة
العمومية سابقا وناظر مدرسة الطب والاجزاجية
والولادة الآن ومعلم فن الامراض الباطنة
والاكلينك الباطنى بها

اللهم
اجعله نافعا مقبولا
آمين

(الامراض العفنة)

(حقوق الطبع محفوظة للمؤلف)

الطبعة الاولى

بالمطبعة الكبرى الاميرية ببولاق مصر المعزية
سنة ١٣٠٩
هجرية

(الجزء الخامس)

(فى الامراض العفنة)

يدخل تحت هذا القسم الامراض التيفوسية والحميات الطفحية والامراض التسممية والدفتيريا والدوسنتاريا

(المبحث الاول فى التيفوس الراجع)

يعرف أيضا بالتيفوس النكسى عند الانجليز وبالحمى الراجعة عند جريسنجر

(الاسباب) ـ هذا المرض من الامراض العفنة حيث انه ثبت وجود ميكروب فيه يعرف بسهولة وبه يتحقق التشخيص

ففى سنة ١٨٧٣ وجد (أوبرماير) من برلين حيوانا خيطيا فى دم المصابين بالحمى الراجعة فى أغلب الاحوال ومن ذلك الوقت ثبت وجود هذا الميكروب الحلزونى لدى كثير من الاطباء وكل طبيب بحث فى وباء هذه الحمى على دم المصابين تحقق ان هذا المرض تسبب عن هذا الحيوان الدنيئ التسلق

والتيفوس النكسى أصاب سكان المانيا بحالة وبائية فى سنة ١٨٦٨ وسنة ٧٢ وسنة ٧٣ فى برلين وغيرها وفى سنة ٧٩ وسنة ٨٠ انتشر المرض فى أنحاء المانيا وهذا كان سببا فى اتقان دراسته ومشاهدته جيدا والاشخاص المعرضون له أكثر من غيرهم هم الفقراء على اختلاف أنواعهم وكيفية نشأته غير معروفة نعم عدواه مثبتة وفعل تلقيحه الاطباء الروسيون وشوهدت العدوى به فى اسبتالية لا يبتسيج التى لم يمكن فيها عزل المرضى عزلا تاما

(الاعراض والمدة والسير) ـ مدة تفريخ الحمى الراجعة تكون من ٥ الى ٨ أيام ويندر ظهور أعراض قبل هذا الوقت ويبتدئ المرض بحصول قشعريرة مختلفة الشدة يعقبها تكسر عمومى وألم فى الرأس وآلام فى الظهر والاطراف وغثيان ثم ترتفع الحرارة دفعة فتصل الى ٤٠ أو ٤١ مئينية أو أكثر والجلد يجف ويسخن ويتلون سريعا

بلون أصفر مغبر ويتسخ اللسان ويتغطى بطبقة بيضاء مصفرة ويجف وقد يحصل قئ ويوجد امساك وأحيانا اسهال ويزداد حجم الكبد جدا حتى يفوق زيادته فى التيفوس البطنى والطفحى ويزداد حجم الكبد أيضا ويوجد علامات نزلة شعبية خفيفة ونادرا نزلة شعبية حادة خطرة ويوجد هذيان عند المدمنين للخمر وزيادة احساس فى العضلات خصوصا فى عضلات سمانة الساق

فهذه الاعراض تستمر مصحوبة بحركة حمية تمكث أربعة أو سبعة أيام ثم يظهر عرق غزير بحرانى يقلل الحرارة ويحصل تحسين للمرضى بل وحالة شفاء تام لا يغتر بها الطبيب لعلمه أن المرض يعود وان كان المريض لا يخطر بباله هذا العود الذى يكون بعد مضى نحو أسبوع من هذه الحالة مرة أو اثنتين أو أكثر مصحوبا بالاعراض التى ذكرت تقريبا وقد يقتصر على نوبة واحدة وقد شاهدنا تكرار النوب بعد مضى ٣ أيام أو أربعة وعلامة عود النوبة ارتفاع درجة الحرارة فجأة أحيانا وفى المسافات بين النوب لا يبقى الا ازدياد حجم الطحال وأحيانا الكبد مع وجود اللون الاصفر للجلد وسير هذه الحمى يختلف فتبتدئ فجأة بارتفاع الحرارة كما ذكرنا وتستمر النوبة من أربعة أيام الى ١٢ بدرجات مختلفة الشدة وتنوع فى الحرارة بحيث تكون من درجة الى اثنتين وقد تصل الى ٤٢ وقد تنزل الى الدرجة المعتادة تقريبا فى الصباح ثم ترتفع فى المساء وهذا النزول البين يحصل فى آخر النوبة ويجوز عند انتهائها أن تنخفض الى ٣٥ أو أقل فقد شاهدتها ٣٤ وذلك يحصل عادة آخر الليل عقب حصول عرق غزير بعد مضى ٧ أيام عادة ثم تعود النوبة بعد مضى أربعة أو خمسة أيام ونادرا بعد مضى أسبوعين وفى هذا الزمن يجوز ارتفاعها درجة أو اثنتين بدون سبب معلوم وعند عود النوبة تحصل قشعريرة فى الصباح تعقبها حرارة والنوب الاول متقاربة بخلاف التى تليها

(حلزون الحمى الراجعة) ـ هذا الميكروب الدنيئ عسر الوجود ويلزم له دقة التفتيش ولاجل الوصول الى ذلك تؤخذ نقطة من الدم بوخز الجلد بشرط ان الدم لا يختلط بشئ ما وبواسطة عدسة هارتناخ نمرة ٨ تمكن رؤية الميكروب ولا يحتاج الامر لعدسة غمر فترى خيوط دقيقة متمتعة بحركة مستمرة شديدة كحركة الثعبان وهذه الخيوط ترى تارة

منعزلة وتارة مجتمعة يختلف عددها من ٤ الى ٢٠ فتكون كضفيرة وليس اختلاف عددها مرتبطا بشدة المرض وانما تزداد فى وسط النوبة وقد لا يرى منها شىء أو يرى حلزون واحد فى أول النوبة وجائز وجودها فى خلال النوبة الكاذبة فى الاحوال التى ترتفع فيها الحرارة درجة أو اثنتين والحلزونات توجد فى الدم وفى دم الحيض وفى البول والبصاق المدمين وتوجد أيضا فى دم جثث المتوفين بهذا المرض وزرع هذا الميكروب فلم ينجح الى الآن وعلى حسب رأى آلبريخت تزيد الحلزونات عددا فى الدم المستخرج من المريض المصاب بهذه الحمى فى زمن النوبة

وأما تغيرات الدم الاخرى سوى وجود الحلزون فهى وجود كرات بيضاء وحبيبات ناتجة منها وخلايا مخصوصة ندبية شحمية والمضاعفات فى هذه الحمى نادرة وذلك كانواع الرمد الشديدة مثل الالتهاب القزحى والقزحى المشيمى والتهاب النكفة والحنجرى والرئوى والرعاف الغزير الذى يتعسر أحيانا ايقافه او الالتهاب المعوى والكلوى النزيفى والمضاعفات الاخرى أقل حصولا من هذه

ومن أشكال هذا المرض الشكل الخفيف أى الجيد الذى عدد نوبه قليل ومدتها قصيرة ومنها التيفوس النكسى الثقيل الذى شاهده جريسنجر فى مصر وسماه التيفوس الصفراوى الذى ثبت وجود الحلزون فيه وثبت أيضا عدواه بالتلقيح وله نوب كنوب الحمى الراجعة وشاهد فيه خراجات الكبد والطحال والتهابا كلويا عفنا الآن ما شاهدناه باسبتالية القصر العينى وخارجها لم ينته بالموت ولم يكتسب الشكل الوبائى ولم يحصل فيه ما قاله جريسنجر

(الانذار) — انذاره جيد عادة فى الحمى النكسية المعتادة وعدد الموتى يكون من ٢٠ الى ٤٠ فى المائة ولا يحصل الموت الا فى الاحوال التى طرأت فيها مضاعفات

(المعالجة) — معالجة التيفوس النكسى هنا عرضية ولم يوجد له علاج مخصوص يذهبه أو يمنع حصول نوبه والمعالجة التى أجريناها هى استعمال النظافة التامة وتغيير الملابس وقت حصول العرق واطلاق البطن باستعمال الراوند وكبريتات الصودا واستعمال الكينا مقدار جرام فى اليوم وهذا المجهود لم يقطع النوبة الا انه يلطفها وتستعمل المروخ

المسكنة ادهانا عند وجود آلام فى الاطراف والانتيبيرين لتسكين آلام الرأس وفى وقت النوبة تستعمل الاغذية اللبنية والمرق وفى وقت الفترة تستعمل الاغذية الجيدة كاللحوم مثلا والادوية المقوية وجرعة ظود وقيل ان للزئبق الحلو تأثيرا على النوبة فى هذا المرض

(المبحث الثانى فى التيفوس الطفحى أو التيفوس البقعى)

التيفوس الطفحى مرض عفن وبائى معد عادة

(الاسباب) — هذا المرض لا يحصل حصولا ذاتيا فى محل لم يكن موجودا فيه بل يحصل بانتقال الاصل المعدى الآتى من محل آخر وثبت بالمشاهدة أن هذا التيفوس مرض معد فتحصل العدوى من المريض الى الاشخاص المجاورة له والى الآن لم تعرف كيفية حصول هذه العدوى هل هى بواسطة تنفس الهواء الحامل للاصل المعدى أو بواسطة استنشاقه أو آتية من القشور المتفلسة للطفح نعم نعلم ان الاصل المعدى ينتقل بواسطة الملابس ونضيف الى ذلك ان المجتمعات والمحال غير المتمتعة بالشروط الصحية تزيد نموه كما يزيد من الحرمان ولذا يطلق عليه اسم تيفوس المعسكرات وتيفوس القحط وهذا المرض موجود على الدوام الآن فى بلاد الانجليز وفى ايرلاندا وفى المانيا الشرقية وفى بولونيا وجاليسين والروسيا وفى أوروبا الشمالية وقد ظهر فى مصر زمنا فزمنا وأسبابه انتقال الاصل المعدى فى أوائل الصيف

وهذا التيفوس يصيب من سنه من ٢٠ الى ٤٠ أكثر من الاطفال والشيوخ ويظهر ان من يصاب به مرة لا يصاب به مرة ثانية

(الاعراض والمدة) — اذا قوبل هذا المرض بالتيفوس البطنى نجد ان حصوله أسرع من حصول التيفوس البطنى وأن درجة حرارته ترتفع فى مدة أقل منها فى البطنى واعراضه تشتد الا ان مدتها قصيرة فيندر أن تزيد على أسبوعين وينتهى بالشفاء عقب حصول بحران كما ستعلم

ومدة التفريخ تختلف فتكون أسبوعا عادة وتسعة أيام أو أكثر وفى الغالب يحس المريض بألم فى الرأس والاطراف وتكسر وتهوع وقبل ظهور المرض ثم يبتدئ المرض فجأة بقشعريرة تعقبها حرارة ترتفع بسرعة حتى تصل فى المساء الى ٤٠ بل و ٥ خطوط

وقد يحصل أحيانا قئ ثم تفقد المرضى قواها وتصير مستلقية ويوجد ألم شديد فى العمود الفقرى والاطراف ثم تظهر الاعراض العصبية بألم فى الرأس شديد ودوار وفزع من الضوء وطنين فى الاذنين ويظهر فى الاحوال الخطرة هذيان ثم تستمر الحمى وتزداد الى أن تصل درجة حرارتها الى ٤١ أو أزيد وتنقص فى الصباح ويسخن الجلد ويجف ويتغطى اللسان بطبقة سميكة ويزيد التنفس ويسرع النبض وتظهر علامات الالتهاب الشعبى العمومى وأحيانا يصاحبه نزلة فى الانف والملتحمة والاعراض البطنية تفقد بالكلية ماعدا بعض امتلاء غازى وتهوع مع زيادة امتداد الطحال ويندر عدم امتداده ويكون البول عكرا زلاليا قليلا ومن اليوم الثالث الى السابع يظهر الطفح المميز لهذا المرض ببقع وردية منتشرة كثيرة على الجذع والاطراف وأحيانا على الوجه وهذه البقع كبيرة عادة والجلد يحمر فى المسافات بين البقع وبعد يومين أو ثلاثة تصير البقع نزيفية فتكتسب لونا دكنا وتصير هذه البقع فى الاحوال الخفيفة باهتة وفى الاحوال النادرة تكون قليلة الظهور وقد لاتوجد والهربس الشفوى يظهر أحيانا

وفى الاسبوع الثانى تخف الاعراض اذا كان المرض جيدا وتتنازل درجة الحرارة فى اليوم السابع تقريبا وأما اذا كان خبيثا فتزداد الاعراض ويتزايد الضعف وتشتد الاعراض العصبية وتظهر الحالة التيفوسية الخطرة التى تعرف بحالة خمود تصل الى درجة الكوما أو وجود هذيان هيجانى والرئة تصير عرضة للالتهاب الرئوى الفصيصى وتستمر الحمى وتنتهى هذه الاعراض بانتهاء محزن وأما ان كان الانتهاء جيدا فيحصل اضطراب بحرانى مع زيادة الحرارة فى اليوم الرابع عشر والسابع عشر ثم تتنازل حتى تصل الى درجة الحرارة المعتادة فى مسافة أقل من المسافة التى تتنازل فيها فى التيفوس البطنى والطفح يبهت بسرعة وتحسن حالة المرضى والشفاء يتم ونكساته نادرة جدا

(المضاعفات) يعلم مما ذكر ان التيفوس البقعى ليس الا مرضا عفنا عموميا ولم يوجد له اعراض موضعية سوى الطفح المميز له ويصطحب باعراض عمومية خطرة وتكون مضاعفات هذا المرض ثانوية كما يحصل ذلك فى الامراض العمومية الشديدة وهذه المضاعفات هى الالتهاب الاذنى والتهاب النكفة والالتهاب الرئوى الفصيصى المنتشر

ونادرا غنغرينا الرئة والالتهاب البليوراوى ثم الدمامل والتهابات المنسوج الخلوى وامراض الامعاء والبرقان الخ وبعضها ينشأ عن الاصل العفن خصوصا الالتهاب الرئوى والكلوى وأما الامراض التابعة لهذا المرض فهى نادرة فقد شوهد أحيانا حصول الانيميا الطويلة المدة وآلام عصبية وشلل الخ

(التشخيص) - التيفوس الطفحى يشتبه أحيانا بالتيفوس البطنى بوجود بعض اعراض تشاهد فى المرضين الا انه يتميز عنه تميزا كليا بأدواره وبغيبوبة الاعراض المعوية فيه وبسرعة حصوله مع سرعة ظهور الاعراض الخطرة والاضطرابات العصبية فيه وبالطفح البقعى مع تزايد الآلام الفقرية والمفصلية فيه وسرعة حصول الشفاء منه بخلاف التيفوس البطنى فى كل ذلك

(الانذار) - يتعلق بشدة الحمى والاعراض العصبية والمضاعفات الرئوية وعدد المتوفين به من ٧ الى ٢٠ فى المائة بحسب أحوال الوباء

(المعالجة) - لايوجد دواء خاص بالتيفوس البقعى وانما يستعان بالوسائط الصحية وباستعمال الماء البارد بحسب القواعد لان له تأثيرا نافعا فى مضاربة الحمى والاعراض العصبية والامراض الرئوية وسيأتى تمام ذلك فى المبحث الآتى

(المبحث الثالث فى التيفوس البطنى)

يعرف أيضا بالتيفوس القولونى وبالمعوى وبالحمى التيفودية وهو مرض عفن ناشئ عن سم مرضى مخصوص متعضون والذى أظهر الباسيل الخاص به فى أول الامر هو كوخ وايبرت ويوجد هذا الباسيل فى الامعاء خصوصا فى جهازها اللينفاوى وفى العقد المساريقية وفى الطحال والكبد والكلى على هيئة باسيل قشى قصير يتلون بالانيلين وطوله ثلث قطر كرات الدم وسمكه أقل من طوله بثلث ويوجد مجتمعا على شكل حزم وجافكى شاهد أن الباسيل المزروع فى الهلام يتزايد عدده فى موضعه بدون ان تحدث ميوعة فى الهلام واذا بحث عنه فى الماء يرى انه متمتع بحركة سريعة ولا يتكون فيه أسبور (أصل الجرثومة) الا اذا ارتفعت درجة الحرارة من ٣٠ الى ٤٢ مئينية ويقف تكوينه اذا انخفضت درجة الحرارة عن ذلك وقد اثبتت التجارب انه اذا لقح هذا الباسيل فى حيوان

يحدث عنده مرض مشابه للتيفوس البطني يوجد فيه هذا الباسيل

فينتج مما ذكر ان الوصول الى معرفة التيفوس البطني يكون بالتفتيش عن مدخل الباسيل التيفوسى فى الجسم البشرى ومعرفة أى حالة يوجد فيها هذا الباسيل الذى يتكاثر عددا

والمعلوم الآن هو ان الباسيل التيفوسى لايمكنه انه يعيش معيشة مستمرة خارج الجسم الانسانى ومع ذلك تساعد بعض أحوال ومحال على تكوينه فيمرض الانسان بهذا السم التيفوسى بعد دخوله فى الجسم وهذا مما يفسر حصول وباء تيفوسى أو حالة منعزلة فاذا ظهر وباء حمى تيفودية فى مكان خال عن هذا المرض ينسب وجوده الى أصل معدآت من الخارج يلزم حينئذ البحث عليه عند المصابين به قبل ظهور الوباء فان هذا الاصل المعدى يفارق المصاب ويخرج مع الاستفراغات المعوية التى تشتمل عليه أو على الاصول المكونة له

وفى طريق دخول هذا الباسيل رأيان الاول وهو رأى (بتنكوفر) انه يتكون فى الارض فتكون ينبوعا محدثا للباسيل التيفوسى والشروط المساعدة على نباته تتعلق أولا بحالة الارض التى تختلف بحسب الزمان والمكان وهذه الحالة تفسر الخصوصيات المتعلقة بانتشار المرض بحالة وبائية فى بعض أماكن أو حارات أو فى أقسام المدينة والارض المساعدة على انتشار هذا المرض هى التى يسهل فيها مرور الهواء والماء كاراضى الرسوب والاراضى الطينية وأما الاراضى الحبوبية والاراضى المندمجة فتحدث عائقا لامتداد السم المرضى فلا يحصل تأثير لانتقاله اليها ولا ينتشر لانه لا ينتقل على رأى بتنكوفر بل يتكون فى الارض ويتكاثر بواسطة الاستفراغات التيفودية التى كان فيها ثم يستحيل الى حالة عفنة معدية والغازات التى تتصاعد من هذه الارض على الدوام تحمل أصولا معدية تنقلها الى الهواء المطلق والى هواء المساكن فتحدث العدوى بنفسه وبذا يعلم ان بتنكوفر لا يقول بحصول العدوى مباشرة ومما يؤيد رأيه التوافق الذى يوجد بين ذبذبة حد الماء الذى تحت الارض والحالة المرضية التيفودية فقد شوهد ان الحالة التيفودية تقل كلما صعدت الطبقة المائية تحت الارض وتزداد كلما نزلت أسفل الحد المتوسط الا انهم لم يفسروا هذه الظاهرة التى شوهدت فى برلين وغيرها تفسيرا تاما

الرأى الثانى وهو لبعض الاطباء أن الماء المعد للشرب له دخل مهم فى تكوين كثير من الاوبئة التيفودية وهو كالمياه المعدة للاحتياجات المنزلية يحمل الاصول المعدية التيفودية خصوصا اذا كانت تلك المياه مجاورة لمجارى المراحيض

وفى الحالة الراهنة ثبت تعدد طرق العدوى فانها تحصل بواسطة الهواء والماء المتعفنين وبواسطة الاغذية المشتملة على الاصل المعدى وقد ظنوا فى بلاد الانجليز وفى كلونيا أن انتشار التيفوس ينحصر أحيانا فى الاشخاص الذين يتعاطون اللبن الآتى من جهة واحدة بسبب أن الاوانى كان فيها ماء مع ما يحتمل من أن الحيوان الذى منه اللبن مصاب بالتيفوس البطنى والتجارب التى فعلت لم تنجح الا فى الاحوال التى حصل فيها حقن الباسيل مباشرة سواء كان فى وريد أو بطن الحيوان المعد للتجربة كالارانب وخنزير الهند وكذا عند ادخال الباسيل فى الاثنى عشرى وأما التغذية بمواد الغائط التيفودى فلم تثمر ويحتمل أنها صارت عقيمة بتأثير العصير المعدى للحيوان ثم ان الاشخاص المعرضين لملامسة المواد البرازية يصابون بهذا المرض وهذا مما يفسر أن الممرضين والممرضات يصابون به أكثر من غيرهم كما أن الملابس الملوثة بالغائط تنقل هذا المرض الى محال أخرى

ويظهر ان الامعاء هى سبيل السم التيفودى فى النوع الانسانى كما يدل على ذلك الصفات التشريحية التى فعلت فى ابتداء المرض ولم يوجد فيها الباسيل الا فى المنسوج الليمفاوى للامعاء فيحتمل أن هذا الباسيل أو الاسبور دخل مع الماء أو مع الاطعمة الملوثة به أو مع الهواء الذى جمع فى الفم أو وصل اليه بواسطة النفخ ثم ابتلع ولم يتلف بعصير المعدة بل بقى حيا ومر فى الامعاء المتوفر فيها الشروط المناسبة لنموه نظرا لتأثير عصيرها القلوى ثم نفذ فى الغدد الوحيدة وفى لطخ بايير وفى العقد المساريقية ثم فى تيار الدورة وفى الطحال

والعدوى التيفودية كعدوى الامراض الاخرى لا تتم بمناسبة الشروط الخارجية فقط بل تتعلق أيضا باستعداد الشخص الذى لم تعرف حقيقته الى الآن لما شوهد من أن كثيرين لم يصابوا مع وجودهم فى بؤرة وبائية شديدة العدوى

وللسن دخل عظيم فى الاصابة لان التيفوس يصيب كثيرا الشبان ذوى البنية القوية الذين سنهم من ١٥ الى ٣٠ ونادرا المتقدمين فى السن والاطفال خصوصا من نقص سنهم

عن سنة وأما النوع فلم يحقق أن له دخلا فى الاستعداد للاصابة وأما تنبيهات القوى العقلية وعدم اتباع الشروط الصحية فمساعدة على الاستعداد لهـذا المرض كما أن الزمن له دخل فى ظهوره وانتشاره لكثرته بين شهرى اغسطس ونوفمبر وقلته فى الربيع وقيـل ان هنالك أحوالا تمنع حصول هـذا المرض كالحمل والحالة النفاسيـة والامراض السابقة الوجود كالدرن وآفات القلب الا أن ذلك ليس بثابت ويجوز أن تكون الاصابة الاولى بهذا المرض حافظة للشخص من الاصابة الثانية

(الاعراض) ـ دلت التجارب عـلى أن بين دخول السم التيفودى وظهور أعراضـه مدة أسبوعين الى ثلاثة تسمى زمن التفريخ الذى قد يحس فيه المريض بملل وعدم قدرة على الاشغال وتهوع وألم فى الرأس والمفاصـل وقال بعضهـم لا يمكن تحديد هـذه المدة وتبتدئ الاعراض عادة بقشعريرة تعقبها حركة حميـة تلزم المرضى الفراش ويقسم زمن الاعراض الى ثلاثة أدوار دور الزيادة ودور الوقوف ودور النزول وبعضهـم يقسم مدة المرض الى أربعة أسابيع الاول أسبوع الهجوم والثانى اسبوع تزايد المرض والثالث اسبوع شدته والرابع أسبوع تناقصه وهذا يتعلق بدرجة المرض وباشكاله وبالمضاعفات التى تطرأ عليه الخ

(أولا الحمى) ـ نبتدئ بشرح الحمى وسيرها فنقول يلزم الطبيب الذى يريد معالجة هـذا المرض معرفة ارتفاع درجة الحرارة وان يأخذ هذه الدرجة ثلاث أو أربع مرات فى اليوم ويفضـل وضع الترمومتر فى المستقيم وينقسم الخط الزجاجى المعتاد الذى ترسمه درجة حرارة المصابين بالتيفوس الى ثلاثة أقسام القسم الاول دور ابتداء المرض ومعرفته عسرة لعدم احتياج غالب المرضى فيه للعلاج ومدته من ٣ الى ٤ أيام ترتفع فيها درجة الحرارة شيأ فشيأ من درجة الى درجة ونصف فى المساء كما يحصل ذلك فى أمراض أخرى والقسم الثانى فيه ترتفع درجة الحرارة على الدوام وتكتسب الحمى شكل الحمى الدائمة وتقل درجة الحرارة فى الصباح عن المساء درجة واحدة وهى فى العادة من ٣٩ الى ٣٩ ونصف وقد تصل الى ٤٠ أو ٤١ ولا تزيد عن ذلك الا فى الاحوال الخطرة واذا بقيت ٤٠ فى الصباح كان الانذار خطرا وتستمر هكذا بعض أيام أو تمتد الى أسبوعين ثم يأتى دور النزول وقد

يطرأ بين الدورين دور يحصـل فيه عدم انتظام فى الخط المذكور فتنزل درجة الحرارة الى الطبيعية فى الصباح وترتفع كثيرا فى المساء

ومما يلزم التنبـه له فى الطب العملى أن ابتداء المرض لا يحصل فيه تغيير مهم فى السير الذى ذكرناه وانما تحصل فيه اختلافات تكون محدودة جدا ومدة الحركة الحمية فقـد لا توجد فى الاحوال الجيدة واذا وجدت يزول ارتفاعها بسرعة فمدة هذه التغيرات تصل الى أسبوع ونصف أو أسبوعين وقد تزيد عن ذلك فتكتسب الشكل المستمر واذا حصلت مضاعفات موضـعية كالالتهاب الرئوى والتهاب النكفة ترجع الحمى وتصـير غير منتظمة واذا حصل تفريخ فى الامعاء تستمر جملة أسابيع وليس من النادر وجود الحمى أثناء النقاهة عند الذين يفرطون فى المآكل أو عقب امساك أو عقب اضطراب عقلى

(ثانيا) الاعراض الخاصة بالجهاز الهضمى ـ التغيرات المرضية للجهاز الهضمى تكون علامات مهمة مميزة عادة للتيفوس البطنى وان كانت تأتى أحيانا بعد العـلامات العمومية الخاصة بتعفن عموم البنية والتغيرات المرضية المعوية الخاصة بالتيفوس تنحصر فى مرض لطخ بايير وذلك ان هـذه اللطخ تنتفخ شيأ فشيأ فى الاسبوع الاول ويظهر لنا بقيـة الغشاء المخاطى التغيرات التى تشاهـد فى التهاب الاغشية المخاطية وفى الاسبوع الثانى يتكون على سطح هـذه اللطخ شرائح متنكرزة تسقط فى الاسبوع الثالث ويخلفها قروح خاصة به وفى الاسبوع الرابع تلتحم اذا كان انتهاء المرض حميدا فتتكون أثر التحام مشحونة بمادة ملونة وما حصل فى هذه اللطخ يحصل أيضا فى عدد عظيم من الغـدد المنعزلة وفى الاحوال الحميدة من التيفوس يزول الارتشاح العقدى اللينفاوى شيأ فشيأ بدون أن يحدث التهاب تقرحى وقد أسلفنا أن الباسيل التيفوسى يوجد فى الامعاء وفى لطخ بايير وفى الغدد المنفردة ولا يتعلق امتداد هذه القروح بشدة المرض فقد تكون التغيرات الغددية قليلة فى أحوال خطرة تيفودية ويجوز أن تمتد اصابة الغدد المعوية الى الامعاء الغلاظ

وهـذه التغيرات المرضية المعوية المميزة لهذا الداء قد لا تحصل الا بعد ظهوره ولذا كان هذا المرض مصحوبا فى الابتداء بامساك يستمر مدة يتغوط فيها المريض مرة كل يومين أو ثلاثة وقد لا يحصل هذا المجهود الا بعد حقنة ثم يحصل اسهال خفيف فى الاسبوع الثانى ويكون عدد

التغوط فيه من مرتين الى أربع أو أزيد فى اليوم ويكون لون الغائط عادة أصفر رائقا كاون مطبوخ العدس واذا ترك بدون حركة ينقسم الى طبقة عليا مضطربة زائدة السيولة وطبقة سفلى مكونة من ندف صفر وتأثيره قلوى عادة واذا بحث عنه بواسطة النظارة المعظمة يرى فيه بقايا مواد غذائية وحبوب وخلايا بشرية وخلايا مستديرة وبلورات من الفوسفات الثلاثى وعدد عظيم من الباسيل التيفودى وقد يتزايد الاسهال فيكون التغوط من ١٠ الى عشرين مرة فى اليوم وفى الاحوال الخطرة يكتسب التغوط شكل الدوسنتاريا وحينئذ تكون التغيرات المرضية للغشاء المخاطى والقولون مشابهة للالتهاب الدفتيرى

ويوجد تجمع غازى خصوصا فى الامعاء الغلاظ الا أنه يكون بكمية متوسطة وفى أحوال خطرة يكون حجم البطن فيها صغيرا مع الهبوط واذا زاد التجمع الغازى الى درجة مرتفعة دل على حالة خطرة وقيل غلطا ان القراقر التى تسمع فى الحفرة الحرقفية اليمنى خاصة بالتيفوس البطنى وقد يوجد فى البطن ألم ليس دائميا وانما حساسية البطن تكون زائدة بالاخص فى أحوال الامساك واصابة البريتون ونضيف الى هذه الاعراض البطنية النزيف المعوى والتثقب المعدى فالنزيف المعوى ينشأ من تقرح جدران الامعاء عقب انفصال خشكريشات القروح (لطخ باير) ويحصل النزيف عادة فى آخر الاسبوع الثانى أو فى الاسبوع الثالث ويكون الدم الذى ينزل مع الغائط من نصف لتر الى لتر تقريبا ولونه غامق عادة والغائط الاخير يكتسب لونا أسود وشاهد (ليبرمايستر) سبعة فى المائة مصابين بالنزيف (وجريسنجر) خمسة فى المائة (واسبروتل) تسعة فى المائة وقد يزيد عن ذلك بحسب أنواع الاوبئة والاحوال التى يحصل فيها النزيف المعوى ذات أهمية لجواز أن يحصل فقد كمية عظيمة من الدم وقد تنتهى بالشفاء فيحصل عقب النزيف الغزير أنيميا عمومية وانحفاض فى درجة الحرارة وانحطاط كلى لكن تحدث خفة فى أعراض المخ فتنتعش القوى العقلية

وأما التثقب المعوى فهو أخطر من النزيف وينشأ عنه التهاب بريتونى ويصحبه ألم شديد مخى يحس به المريض وانتفاخ فى البطن الذى يصير كثير الاحساس حتى ان المريض المصاب بخدر يئن وقت البحث عن البطن ويحصل فيه انتفاخ طبلى يعطى أصمية الكبد من دخول

الغاز فى البطن وحينئذ يتكمش الوجه وينخفض الخد ويرتفع الانف ويبرد ويحصل قلت وقئ متكرر ويصغر النبض وتنخفض الحرارة وقت الانثقاب ثم يحصل فيها تذبذبات والعادة فى هذا الانثقاب المعوى أن يحصل فى الاسبوع الثالث أو الرابع أو فى وقت ازيد من ذلك اذا كانت الحمى بطيئة السير ومجلسه الجزء الاخير من اللفائف التى تشغل النصف اليمنى من الحوض ويندر حصوله فى الاستطالة الدودية أو فى الامعاء الغلاظ ويحصل الموت بعد مضى أيام بسرعة ويكون ٩ فى المائة والاحوال التى يحصل فيها الشفاء يحد المرض فيها الداعى وقوف الالتهاب البريتونى الحاصل بالسعى وتشاهد التغيرات المرضية البريتونية الالتهابية مع مشاهدة انتفاخ العقد المساريقية والبريتونية وأحيانا تلين هذه العقد أو يرتشح فيها أملاح جيرية وقد شوهد الالتهاب البريتونى العمومى عقب تقيح هذه العقد

وازدياد حجم الطحال يكون علامة مهمة فى التيفوس البطنى الا أنه أحيانا لا يتكون خصوصا عند الشيوخ وقد يصغر حجمه عقب نزيف معوى ويزداد حجم الكبد فى هذا المرض وقد يبهت لون الصفراء ويندر حصول اليرقان ولا يوجد من جهة المعدة تغيرات ذات أهمية خصوصية وأما من جهة الفم فيشاهد جفاف الشفتين واللسان وتشققها فى الاحوال الخطرة وتغطيتها بقشور جافة سوداء وبعد ذلك تنظف شيأ فشيأ زمن التحسين

(ثالثا) الاعراض التى تشاهد من جهة الجهاز التنفسى - أمراض الجهاز التنفسى تضاعف كثيرا هذا المرض الا أنها لا تتعلق مباشرة بالسم التيفوسى فالالتهاب الشعبى الذى يضاعف هذا المرض لم يكن سببه السم المرضى بل سببه عدم قذف مواد افراز الشعب وامتصاص مواد التهاب البلعوم وما فوقه ويجوز أن لا يحصل التهاب شعبى فى كثير من التيفوس الخفيف أو المتوسط الذى عولج معالجة مناسبة ولكن متى طالت مدة التيفوس وكثر الاستلقاء على الظهر يحصل التهاب شعبى منتشر خصوصا فى الغصون السفلى والخلفية للرئتين وفى هذه الحالة يمتد الالتهاب الى الرئتين ويحصل التهاب رئوى نزلى أو التهاب رئوى فصى يستحيل أحيانا الى التهاب رئوى تقيحى أو غنغرينى وبامتداده يحدث التهاب بليوراوى قيحى وبالبحث عن الصدر نجد علامات هذه الامراض

وبقطع النظر عن المضاعفات الصدرية المذكورة يصاب التيفوديون بالتهابات رئوية قصبية وكروباوية ولذا يصعب فى بعض الاحيان تشخيص الحالة المرضية ان كانت متعلقة بتيفوس مبتدئ أو بالتهاب رئوى أوّلى وقد يصاب التيفوديون أيضا بالتهاب حنجرى نزلى أو تقرحى وبرعاف

(رابعا) أعراض المجموع العصبى - تسمية هذا المرض بالحمى العصبية قديمة ولم تزل الى الآن موجودة عند الاهالى وعلم لنا أن احوال التيفوس الخطرة يوجد معها خمود فى الاحساسات يمتد أحيانا حتى يصل الى درجة التنفس وحينئذ تكون المرضى أجوبتها قصيرة متقطعة غير مستوفاة وتذهل عما مضى ذهولا تاما واذا اشتد الداء تصل الى درجة الكوما وكثيرا ما تحصل حمى عصبية مصحوبة بهذيان وتشتد فى الليل حتى لا تستطيع المرضى هذه الحالة العصبية ولذا يجتهدون فى أن يتركوا الفراش ويتكلمون فى الاشخاص السابق ارتباطهم بهم أو يضطربون ويصيحون وهذه الاضطرابات العصبية قد تتعاقب وقد يصحب بعضها بعضا وقد يصحبها اضطرابات أخرى كتقلص عضلات الوجه والاطراف المعروف بالاهتزازات الوترية وكصرير الاسنان الحاصل من تشنج العضلات المضغية

ومن الاعراض الكثيرة الحصول فى هذا المرض الالم العصبى الجبهى والصدغى وقديم الرأس فيكون ألما عصبيا رأسيا يزول عادة فى الاسبوع الثانى وهذه الاضطرابات ليست تابعة للتغيرات التى تحصل فى المخ مدة المرض وقيل ان العنصر الحمى له تأثير فيها كما قيل أيضا انها ناشئة من تأثير الاصل العفن التيفودى على البنية ولم تعلم لنا الكيفية التى يؤثر بها ويشاهد أحيانا زيادة فى حساسية القوى العقلية وهذيان ونوع جنون وتحصل آلام عصبية أخرى كالالم العصبى للتوأمى الثلاثى والعصب المؤخرى

(خامسا) اعراض الجهاز الدورى - الامراض التى تصيب الجهاز الدورى كثيرا هى التهاب الغشاء الباطن للقلب والتهاب التامور ونادرا التهاب الغشاء الباطن المغطى لصمام مترال وبعضهم ذكر الاستحالة الشحمية لعضلة القلب التى تصير سببا فى شلله على رأيهم وأما النبض فيزداد أحيانا حتى يصل الى ١٤٠ بسبب الحرارة والتأثير المخصوص المنسوب الى المرض ومتى انتهى ينقص عدده غالبا عن المعتاد وقد يكون غير منتظم وازدواج النبض

يعد من علامات التيفوس الا انه يوجد فى امراض أخرى حادة وهو ناتج عن عدم تمام تمدد جدار الشريان الناشئ عن الحمى وينشأ عن ضعف ضربات القلب انسداد فى الاوردة خصوصا فى أوردة الاطراف السفلى وبذا تحصل الاوزيما فيها واذا امتد هذا الانسداد الى بعض الشرايين خصوصا الشريان الرئوى يمكن ان يحدث الموت لما وجد فى الاحوال الخطرة التى انتهت بالموت من سدد فى القلب والرئة والطحال الخ

(سادسا) الاعراض التى تشاهد من جهة الجلد - كالطفح الواصف للتيفوس وهو الطفح الوردى الذى يظهر أوائل الاسبوع الثانى فى الجذع خصوصا فى البطن ثم يبهت أو يكتسب الحالة النمشية وحينئذ لا يزول بالكلية عند ضغط الاصبع ويشاهد فى الاطراف كثيرا وعند الشيوخ نادرا واحيانا يكون الطفح حلميا متعاقب الظهور وهو من الطفح الهربسى الشفوى النادر الحصول فى التيفوس وأما الطفح الدخنى والانجرى والبثرى السطحى فكثيرة الحصول ويشاهد أيضا على الجذع بقع زرقاء تنسب لنوع قمل كالبعوض وتحصل الدمامل والخراجات الجلدية فى آخر المرض وقد تحصل خراجات فى غدد العرق تحت الابط كما تحصل أنزفة جلدية ويحصل أخيرا فى الظهر والاليتين أو العقبين تسلخات غنغرينية ناشئة من كثرة الاستلقاء وأما اصابة العضلات بالاستحالة الحبوبية والتهاب السمحاق وانتفاخ المفاصل فنادرة

(سابعا) اصابة الجهاز البولى التناسلى - الالتهاب الكلوى الحاد النزيفى يضاعف التيفوس وحينئذ توجد اعراض هذا الالتهاب ويشاهد فى انتهاء هذا المرض الالتهاب المثانى أحيانا والتهاب البربخ عند الرجال وقلة الحيض وانقطاعه عند النساء وقد ينشأ عن هذا المرض أجهاض أو ولادة معجلة

(السير) - مما سبق علمت المضاعفات التى تطرأ فى اثناء سير التيفوس البطنى أو عند انتهائه ومن ذلك نعلم أنواعه المتعددة فمنها التيفوس الخفيف ومدته قصيرة (أسبوعان) ومنها التيفوس الخطر ومنها غير منتظم السير وهو أشد خطرا عند السمان والمدمنين للخمر والمصابين بامراض فى القلب والرئتين ويجوز أن يعود التيفوس البطنى بعد زوال اعراضه (النكسة) وحينئذ يقال له التيفوس البطنى النكسى وفى هذه الحالة يكون سببه تضاعف الاصل المعدى له وهو مشابه للاصلى فى جميع اعراضه وتغيراته الا ان أعراضه أشد

ويحصل بعد مضى سبعة أيام الى عشرة وقد يحصل قبل ذلك ومدته أقل من مدة المرض الاصلى ويندر ان تزيد عن أسبوعين ونصف وحرارته أزيد ويختلف بالنسبة للوباء وأنواعه

(التشخيص) — تشخيص التيفوس البطنى سهل بمعرفة الاعراض التى ذكرت وبوجود الحمى التى لم تنسب لتغير عضوى وبوجود الوردية والاسهال النوعى والتمدد الغازى وازدياد حجم الطحال نعم يصعب التشخيص عند غيبوبة بعض الاعراض أو وجود مضاعفات وحينئذ يلزم البحث الدقيق واتباع الحالة بعض أيام حتى يتيسر تحقيق التشخيص ويلزم تمييز التيفوس البطنى عن بعض أمراض أخرى حادة كالدرن الدخنى والتهاب القلب الباطنى والالتهاب السحائى الخ (راجع ذلك فى أبوابها)

(الانذار) — لا يمكن الاعلان بان عاقبة هذا المرض حميدة فى جميع الاحوال فقد تطرأ فى الاحوال الخفيفة مضاعفات أخرى ومع ذلك اذا اعتنى بمعالجة هذا المرض لا يكون من الامراض الخطرة وقد يكون خطره ناشأ من أصله العفن الذى يزيد فى الاعراض العمومية والحمية وقد يكون من البنية والامراض المصاحبة ويختلف عدد الموتى بالنسبة للزمن وبثقل الوباء وبالمكان الذى ظهر فيه المرض وهو فى العادة عشرة فى المائة

(المعالجة) — التيفوس البطنى لم يكن له علاج خاص وانما يجتهد فى تلطيف أو توقيف السبب المحدث له ولذا تستعمل هنا الادوية المضادة للعفونة والكينين والانتبرين واستعمال حمض الكربوليك من الباطن من ٣ الى ٥ ديسى فى اليوم وقد استعمل الآن بهذه الطريقة وهى ان يعطى كل عشر دقائق فى كأس ماء أو نبيذ نقطتان الى خمس من محلول مكون من جرام واحد من اليود وجرامين من يودور البوتاسيوم وعشرة من الماء المقطر وقد نسبوا للزئبق الحلو تأثيرا مخصوصا فيعطى منه ثلاثة ديسى ويكرر ذلك مرتين أو ثلاث مرات فى اليوم ومن الادوية التى تستعمل الارجوتين من جرام الى ثلاثة فى اليوم وتحت نترات البزموت من ١٥ الى ٣٠ جراما فى اليوم والنفتالين من ديسى واحد الى خمسة أو أزيد وتعالج الاعراض والمضاعفات بما يناسبها ونضيف الى ذلك الوسائط الصحية كأن يكون المحل الذى فيه المريض متسعا كثير الهواء وفراشه لينا غير مديم للنوم على ظهره ويلزم استعمال النظافة بمحلول حمض الساليسيليك $\frac{1}{300}$ واذا تكونت خشكريشات توسى

بمرهم

بمرهم بلسم البيرو $\frac{1}{30}$ ولابد من تنظيف الفم على الدوام وان يكون الغذاء سهلا مغذيا كالالبان المضاف اليها قليل من القهوى أو الكونياك ويستعمل الدقيق اللبنى لمن عنده لين وعند اللزوم يعطى المريض قليلا من الخبز أو البسكويت وقليل من اللحوم المبشورة المضاف اليها بعض نقط من حمض الكلورايدريك وتعطى اللحوم المشوية والمشروبات الباردة والليمونات والانبذة الجيدة والحمامات الباردة مفيدة لانها تضارب الحرارة وتؤثر على المجموع العصبى وتنقص الخدر وتلطف اعراض المرض وتشدد قوى حركات التنفس وتسهل النفث وتقلل حصول أمراض الصدر وتنظف الجلد وهذه الحمامات توضع قرب السرير ويستعمل ماؤها وهو فى درجة ٢٤ حتى تنخفض الى ١٨ والذى ينقص منها فى كل عشر دقائق درجة أو اثنتان ويلزم استعمال هذه الحمامات اذا زادت درجة الحرارة عن ٣٩ ولا تستعمل اذا كان المريض مصابا بنزيف معوى أو التهاب بريتونى أو بضعف كبير وبالجملة فاستعمال الحمامات الباردة أفضل من استعمال الكينا والادوية المضادة للحمى لانها تلطف تنبيه المجموع العصبى وتحفظ قوى المريض فضلا عن تنقيصها درجة الحرارة

(المبحث الرابع فى النوشة أى الحمى التيفوسية)

النوشة مرض تيفوسى عفن يوجد كثيرا فى القطر المصرى ولعدم سبق شرحه بخصوصه شرحا مستوفى رغبنا ان نذكره هنا مرضا قائما بنفسه كما شاهدناه لاجل استيفاء ما علمناه فيه من المشاهدات

(الاسباب) — يظهر فى جميع الفصول خصوصا فصلى الصيف والخريف وتعم اصابته جميع الاشخاص على اختلاف سنهم وهو كثير عند الشبان والكهول ونادر فى زمن الطفولية الاولى ويساعد على ظهوره المجتمعات والاماكن غير المتمتعة بالشروط الصحية خصوصا غير الجيدة المراحيض وقد تضاعف اعراضه كثيرا من الامراض فيقال ان المرض اكتسب الشكل التيفوسى خصوصا بعض أمراض الجهاز الهضمى والتنفسى

(الاعراض) — يوجد للنوشة المنتظمة السير أربعة أدوار غير زمن التفريخ الذى يختلف من ٥ أيام الى ٨

(فالدور الاول) دور التزايد وفيه يحس المريض بثقل فى الرأس والاطراف وبحركة حمية

تشتد دفعة واحدة أو شيأ فشيأ حتى تصل الى ٤٠ درجة فى المساء ثم تتناقص فى الصباح فتكون بين ٣٨ وكسر و ٣٩ وكسر وتستمر فى مدة المرض متذبذبة ويتغطى اللسان بطبقة بيضاء مصفرة وقد يحصل رعاف وفقد شهية وجفاف فم وامساك عادة واسهال نادرا وآلام فى الاطراف وأرق وخمود فى حركات الجسم والقوة العقلية وانتفاخ قليل فى البطن ووجود بعض قراقر فيه أحيانا خصوصا فى الحفرة الحرقفية اليمنى ويمكث هذا الدور أكثر من أسبوع

(الدور الثانى) ــ دور شدة المرض التى يكون ابتداؤها فى اليوم السابع أو الثامن ويمكث نحو أسبوع أيضا وفيه تشتد الاعراض فتصل درجة الحرارة مساء الى ٤٠ أو ٤١ أو أكثر مع خفتها فى الصباح وتستمر كذلك فى هذا الدور والنبض يتزايد حتى يصل الى ١٢٠ أو ١٤٠ ويصير الجلد شديد الحرارة جافا خشنا ويشتد جفاف الفم ويتغطى اللسان واللثة وجزء من الاسنان بطبقة جافة سمراء أو سوداء ويشتد العطش وتخمد حساسية المريض وقواه العقلية حتى لا يعرف من يجاوره وتنحط قواه بالكلية حتى لا يستطيع القيام من فراشه وقد يتغوط ويبول على نفسه وقد يحصل اسهال وقىء ذو رائحة منتنة فى مدة قصيرة وقىء صفراوى وتظهر أعراض عصبية كالهذيان والهيجان وارتعاش أوتار العضلات وتشنج خفيف فى بعض الاطراف وقد يفعل المريض حركات بيده كأنه يمسك ذبابا طائرا أو ينذف قطنا وتفقد شهيته بالكلية ويصير قسم المعدة حساسا وكذا قسم الكبد والطحال مع زيادة حجمهما ويوجد اضطراب فى البول فيحمل مواد كثيرة مختلفة وتزداد المادة الصفراوية فيه وقد يوجد فيه زلال من مضاعفة المرض بالتهاب كلوى بسيط وباشتداد هذه الاعراض قد يموت المريض فى حالة كوما فان تناقصت أخذ فى الشفاء وانتقل الى الدور الثالث والعرق فى هذا الدور نادر جدا وقد يكتسب المرض شكلا خبيثا صفراويا كما سبق ذلك عن جريسنجر وسماه بالتيفوس الصفراوى وشوهد هذا الشكل فى سانت بترسبورج سنة ١٨٦٤ و ١٨٦٦ وقد شاهدته فى مصر سنة ١٨٨٤ وحصل فى اسكندرية سنة ١٨٩١

(الدور الثالث) ــ تخف فيه الاعراض اذا كان المرض يؤل الى الشفاء فتتناقص الحمى

فى الصباح شيأ فشيأ كما مر حتى تصل الى درجتها العادية بل الى أنقص منها ببعض خطوط وينظف الفم واللسان من الطبقة التى كانت عليه ويزول ألم الرأس وتعود الاحساسات والقوى العقلية والنوم وتحسن هيئة المريض شيأ فشيأ ويحصل للكثير من المرضى عرق غزير يكون بحرانا لهذا المرض وبه يستبشر المصريون لانه علامة على انتهاء المرض وشفائه وأغلب من شاهدتهم من المرضى حصل لهم هذا العرق وأعقبته النقاهة ويطرأ هذا البحران عادة فيما بين ٢٠ الى ٢٢ يوما من ابتداء ظهور المرض ومدة هذا الدور تكون أيضا سبعة أيام تقريبا وقد تطرأ فيه مضاعفة من جهة الاحشاء تفضى الى الموت

(الدور الرابع) ــ دور النقاهة تزول فيه الحركة الحمية والاعراض العصبية الا أن المريض يكون فى حالة ضعف عمومى ولا يتيسر له النهوض وحده والمشى الا بمشقة لقلة قواه وتزداد شهيته شيأ فشيأ ويطلب أغذية كثيرة لكن حيث ان معدته لا يمكنها هضم هذه الاغذية لضعفها فلا يمكن منها حذرا من حصول تلبك معدى أو نزلة معدية يتسبب عنها حصول نكسة بعد شفاء المرض خصوصا اذا كان الوسط الذى فيه المريض يساعد على حصول ذلك

(التشخيص) ــ فى الدور الاول يشتبه هذا المرض بالحمى المعدية من حيثية وجود الحمى وبعض الاعراض المعدية الا انه يتميز عنها بشدة الاعراض العمومية هنا بخلافها فى تلك وباستمرار المرض وأخذه فى التزايد أكثر من ٧ أيام وفى الدور الثانى يشتبه بالتيفوس النكسى ويتميز عنه بأن الحمى فى النكسى تتزايد مدة ثلاثة أيام أو أربعة فقط ثم تتناقص دفعة واحدة حتى تصل الى الحالة الطبيعية أو أقل ثم تعود ثانيا وأما هنا فبخلاف ذلك كما بينا فضلا عن ان الميكروب الحلزونى يوجد فى النكسى ولا يوجد هنا ولا يشتبه بالتيفوس البطنى لوجود الاضطرابات والانزفة المعوية فيه والاسهال الغزير الدموى أحيانا وتقرح لطخ باير حتى تصل الى درجة التثقب كما لا يشتبه بالتيفوس الطفحى لوجود طفح فيه يشبه طفح الحصبة يكون على الجذع عادة وأما هنا فلا يوجد الا بقع قليلة على جدران البطن

(الانذار والمدة) ــ هذا المرض لا يخلو من الخطر لكن اذا استعملت الوسائط الصحية

والمعالجة المناسبة يحصل الشفاء واذا حصلت النكسة بعد مضى أدواره كان أشد خطرا ومدته تكون من ثلاثة أسابيع الى أربعة وكذلك مدة النقاهة

(التشريح المرضى) — يختلف بالنسبة لشدة الاعراض وحصول المضاعفات والذى شوهد هو احتقان فى المخ والاغشية المخاطية وضخامة فى الكبد وكثرة المواد الصفراوية فى حويصلتها الان لطخ بايير لا تتغير كما تتغير فى التيفوس البطنى ويكون الطحال لينا متمددا وتغير الكبد والطحال هنا يكون أشد منه فى الشكل الصفراوى ويشاهد أيضا التغيرات التشريحية لمضاعفات هذا المرض لانه يضاعف بامراض الرئة والمخ والقلب والكلى وبالانيميا وأمراض عصبية كفقد سمع احدى الاذنين أو شلل بعض الاعضاء أو سقوط شعر الرأس وغير ذلك

(المعالجة) — لم يكن للنوشة علاج مخصوص لكن تلزم المبادرة باستفراغ ماوجد فى القناة الهضمية باستعمال مقيئ مسهل أو مسهل فقط بحسب مايرى من حالة المعدة ثم تتخذ الحمية ولا تعطى الا الالبان والامراق والمصريون لا يعطون الا الاشربة الكذابة كمغلى الارز أو ماء النابت وتعطى المشروبات الملينة كمغلى الشعير وماء الخبز والليمونات الخفيفة وتعالج الاعراض بما يناسبها فتعطى مضادات الحمى بكمية قليلة لاجل ان تلطف درجة الحرارة لانه لا يمكن زوال الحمى دفعة واحدة ولو أعطى كثير من أدويتها وعند ارتفاع الحرارة تستعمل المكمدات المثلجة على الرأس والغسلات بالماء والخل على الجسم ويفيد كثيرا مغلى الكينا ١٢٠ جراما مع ٢٠ نقطة من حمض الموريا تيك شربا تدريجيا ويلتفت لاطلاق البطن على الدوام واذا كانت المواد الثفلية عفنة فلا بأس باعطاء سفوف النفتول من جرام الى اثنين يقسم ذلك عشر أوراق أو اثنتى عشرة فى كل ساعة ورقة واذا كان هنالك اسهال يعطى ساليسيلات البزموت فاذا كانت الاعراض العصبية موجودة تعطى مضادات التشنج اما بطريق المعدة واما حقنا وفى ابتداء الدور الثالث تستعمل المقويات والمنبهات وفى دور النقاهة تعطى الاغذية الجيدة القليلة مع استعمال المقويات أيضا ويجب اقامة المريض فى محال متجددة الهواء واستعمال النظافة يوميا مع تغيير ملابسه وفراشه وتعالج المضاعفات بما يناسبها

(المبحث

(المبحث الخامس فى الطاعون)

الطاعون مرض عفن حاد وبائى وأول وباء به كان قبل الميلاد وكان يموت به اذا كان خفيفا أكثر من ربع أهل الجهة التى يظهر فيها وأما الطاعون الاسود فظهر فى القرن الرابع عشر وأحدث الرعب فى جميع أوروبا وفى أثناء القرن الاخير تلطف تأثيره ويوجد فى المشرق زمنا فزمنا وكذا فى الهند وآسيا المركزية وفى بلاد العجم

(الاسباب) — هذا المرض ينتقل بالعدوى ويظهر عند الفقراء غير المتمتعين بشروط صحية وليست الاصابة به مرة واقية منها مرة ثانية غير أن الثانية تكون أخف من الاولى وهو يصيب جميع الاشخاص على اختلاف سنهم ونوعهم حتى الطفل المولود من أم أصيبت به وهذا المرض معد ينتقل بواسطة كل شئ لامس المريض كالملبوسات وغيرها واذا كانت الحكومة المسكوفية فى سنة ١٨٧٨ وسنة ١٨٧٩ تحرق سائر الاشياء الملامسة للمصابين وجميع امتعتهم ومساكنهم بل وجثثهم ولا يعلم الى الآن الاصل المعدى له وان وجدوا فى الوباء الاخير الذى ظهر فى استراكان أجساما لماعة فى الدم لان هذا لا يعلمنا الا وجود الاصل المعدى فى الدم والقيح

(الاعراض) — يتصف هذا المرض بالتهاب العقد الليمفاوية الباطنية والدائرية مع الميل للتقيح ويقرب من التيفوس ولذا سمى بالتيفوس الخيرجلى ومدة تفريخه من يومين الى سبعة وله ثلاث درجات الاولى الخفيفة وفيها لا توجد أعراض هجوم بل تحس المرضى بانحراف وألم فى الرأس ويحصل قئ وامساك ثم تحتقن العقد الدائرية خصوصا عقد الاوربية والفخذ والعنق والتى تحت الابط والفك وتصير مؤلمة وندر أن تكون فى جهة ثم يحصل عرق غزير يكون علامة على انتهاء المرض فتدخل المرضى فى النقاهة وتكون ندب التهاب العقد حينئذ صغيرة وسطحية والدرجة الثانية المتوسطة وهى تتصف بأعراض أشد من السابقة فتحتقن الملتحمة أو يحصل نزيف تحتها ويحصل الهذيان وفقد القوة العقلية وترتفع درجة الحرارة وتظهر بثور وبقع على سطح الجلد ويتغطى اللسان بطبقة سميكة وتظهر الخيرجلات ويكون تقيحها علامة جيدة واذا حصل الموت يكون بعد أربعة أيام أو ستة واذا حصل الشفاء يكون بعد أسبوع أو ثلاثة والدرجة الثالثة

خطرة وهى تظهر بحالة صاعقية فيحس المريض بضيق مع تأوّه وأحيانا تحفظ قوته العقلية الى انتهاء المرض ومن سرعة المرض لا تجد الخيرجلات وقتا لنموها ويحصل قىء وامساك متعاصيان ويفقد افراز البول ويحصل تغير شديد فى الدم فتشاهد أنزفة فى الجلد والمعدة والامعاء والكليتين والرئتين ومن الصفات المميزة للطاعون الاسود كثرة الانزفة الرئوية وحصول الموت فى وقت الكولابسس وأكثر الآفات التابعة لهذا المرض هى دمامل الجلد والعضلات والتهاب الكنكفة والسل والجنون

(التشريح المرضى) — التغيرات المرضية التى تشاهد فى الطاعون تنحصر فى العقد الليمفاوية فتوجد محتقنة أو زعاوية مرتشحة بهابورات دموية وتقيح ونيكروزو يزداد حجم الطحال والكبد والكليتين اللتين يحصل فيهما تغير تحببى ويوجد أنزفة فى الاحشاء المختلفة

(التشخيص والانذار والمعالجة) — تشخيص الطاعون ليس سهلا دائما لانه يشتبه أحيانا بالحمى التيفودية والآفة الكربونية والزهرى لكنه يتميز بصفاته وانذاره خطر يموت به تسعون فى المائة وأحسن مايقى منه هو الحجر الصحى المعروف بالكرنتينا وحرق كل مايتعلق بالمرضى وأما المعالجة الاخرى فانها اعرضية

(المبحث السادس فى القرمزية)

القرمزية مرض طفحى عفن كان يشرح فى قسم الحميات الطفحية كالحصبة والجدرى ثم رتبت هذه الثلاثة فى قسم الامراض العفنة وكذلك حمرة الوجه وماشابهها الان الجامع لها واحد وهو الطفح الجلدى وان كان لكل منها تميز مخصوص ومعظم هذه الامراض يصيب الاطفال أكثر من الكهول

(الاسباب) — السبب المحدث لهذا المرض هو سم خاص قرمزى يصيب السليم بواسطة العدوى والقرمزية سريعة العدوى جدا تحصل بمجرد اقامة السليم مع المريض برهة قليلة وبواسطة الاشياء التى تلامس المريض كالملابس والامتعة ولعبة الاطفال وقد اعتمد الانجليز على اللبن فى حصول العدوى والمشاهدات أظهرت ان السم القرمزى ذو مقاومة تحفظ فيه خاصية العدوى أشهرا ولذا يصعب تطهير المحال وينابيع الاصابة وان المصابين تبقى بهم

هذه الخاصية لدور التفليس وأما سبيل العدوى وطبيعة الاصل المعدى فليسا معروفين لنا الآن معرفة حقيقية وان ادعى البعض تأكد وجود بكتيريا القرمزية اذ الغالب ان هذه البكتيريا ليست أجنة أصلية لهذا المرض ولو وجدت فى الدم وفى مصل الحويصلات الدخنية فى القرمزية مع نجاح التلقيح بهذا السائل لان ذلك كله يحتاج لابحاث أخرى ثم ان الاستعداد للقرمزية أقل منه للجدرى والحصبة اذ قد يصاب بها بعض أطفال عائلة واحدة والبعض الآخر لايصاب فضلا عن ان هذا الاستعداد يأخذ فى النقص كلما تقدم فى السن الطفل الذى يكون عرضة للاصابة من سنتين الى عشر وتندر الاصابة فى أقل من ذلك ومن الغريب كثرة اصابة الاطفال المجروحين أو الذين فعلت لهم عمليات جراحية وكذلك النفساء وتندر الاصابة بها مرة ثانية

والقرمزية توجد فى جميع نقط الكرة الارضية سواء كانت على حالة منعزلة أو وبائية ووباؤها مختلف

(الاعراض) — تنقسم بحسب أدوار القرمزية لان لها دور تلقيح وتفريخ ودور هجوم ودور طفح ودور تفليس فمدة الدورين الاولين أقل من مدة الاخيرين ويمكث المرض فى الدور الاول من ٤ الى ٧ أيام تقريبا بدون أن يستشعر المريض بأعراض مخصوصة وأما دور الهجوم فيبتدئ فجأة بحمى تعلن بالاحساس ببرد أو قشعريرة حقيقية ويصحب ذلك الذبحة الحلقية القرمزية ويوجد اضطراب عصبى فى الاحوال الخطرة كألم عصبى فى الرأس وضعف فى القوى العقلية واضطراب فى النوم وهذيان وأحيانا يحصل عند الاطفال تشنج وقىء متكرر

وأما دور الطفح فيمكث من ثلاثة أيام الى أربعة ويعرف بظهور بقع قرمزية فى العنق والوجه والصدر ثم فى جميع الجسم وتبتدئ بنقط صغيرة حمراء متقاربة ثم تختلط بواسطة اريتما متصلة ذات احمرار زاه وهذه النقط تكون محتقنة مرتفعة مقابلة للاجربة الشعرية ويكون جلد الظهر أحمر قاتما بسبب احتقانه الذى يزول بالضغط عليه وأما بشرة الوجه والشفتين والذقن فتبقى على لونها الباهت مع شدة احمرار الخدود واذا مس الجلد بجسم غير حاد تحدث خطوط حمراء ناتجة عن احتقان الاوعية وتعقبها بهاتة فى محل اللمس

ولذا يمكن رسم أحرف أو صور على ظهر المريض وهذه الحالة تشاهد أيضا فى أمراض أخرى طفحية وتكون فى الضوء الصناعى أكثر وضوحا منها فى الضوء الطبيعى القوى ويصاحب هذا الدور الاعراض العمومية كالحمى والاعراض العصبية واعراض الذبحة الحلقية وازدياد حجم الطحال ومتى ابتدأت البقع فى الزوال تبهت وتنقص الحمى والاعراض الاخرى وفى الاسبوع الثانى يأخذ المريض فى النقاهة متى كان المرض خفيفا

وأما دور التفليس فمتى ابتدأ الطفح فى الزوال تجف البشرة وتكون القشور كبيرة مميزة لهذا المرض وتشاهد كثيرا فى اليدين والقدمين وتسلى الاطفال بفصلها على هيئة صفائح رقيقة ومن الجائز ظهور الالتهاب الكلوى القرمزى اثناء النقاهة بدون أن توجد واسطة تمنع حصوله

فهذه هى مجموع اعراض القرمزية على وجه الاختصار وقد يطرأ بعض تنويعات فى اثناء سير هذا المرض يجب علينا معرفتها وهى

(أولا) الحمى – وهى وان كانت قليلة فى القرمزية واحيانا لا توجد مع شدة المرض لكن لا بد من ارتفاع درجة حرارتها فجائيا لأنها ترتفع فى اليوم الاول الى ٤٠ أو ٤٠ وخمسة خطوط وفى اليوم الثانى تزيد لكن تستمر فى تذبذب من ٤٠ الى ٤١ ومتى ابتدأ الطفح فى البهاتة تقل هى والاعراض الاخرى كما تقدم واذا استمرت الحركة الحمية للاسبوع الثانى كان ذلك ناشئا فى الغالب عن وجود مضاعفات أخرى كالذبحة الحلقية الخطرة أو الالتهاب الأذنى التقيحى

(ثانيا) – الذبحة الحلقية البلعومية وهى آفة موضعية تضاعف غالبا القرمزية ولا تغيب عنها الا فى أحوال نادرة نعم يختلف شكلها وشدتها كثيرا فالدرجة الخفيفة منها هى الذبحة المعتادة النزلية أو الاريتماوية وتعرف باحمرار اللهاة واللوزتين الذى يصاحبه غالبا ارتشاح الغدد المخاطية واحيانا تشاهد نقط دموية فى الغشاء المخاطى وقد تصطحب هذه الذبحة بانتفاخ شديد فى اللوزتين بحيث يكون فيهما التهاب جوهرى واحيانا يكون فيهما بورات قيحية أو يكون على سطحهما الطخ نيكروزية يفقد عند انفصالها جوهر وقد تحصل غنغرينا محدودة فى اللوزتين والشكل الذى يخشى من حصوله هو الدفتيريا القرمزية فيحصل

ظهور الاصل الدفتيرى فى اليوم الخامس بعد وجود الذبحة القرمزية الاصلية وحينئذ تشاهد علامات الدفتيريا ويشتد احتقان العقد الليمفاوية وتحصل ارتشاحات أوزيماوية وعلى كل لا يمكننا ان نحكم بأن حصول العدوى بالدفتيريا يكون قبل أو بعد الذبحة الحلقية القرمزية

(ثالثا) – يحصل التهاب بعض الاعضاء المجاورة للحلق بالسعى وذلك كالتهاب الفم والعقد الليمفاوية والتهاب النكفة والاذن المتوسطة وهذا الاخير له أهمية لانه يحدث اضطرابا فى السمع ويحصل عادة فى دور التقشر وهو اما نزلى أو دفتيرى ينشأ عنه غالبا انثقاب غشاء الطبلة وسيلان قيحى وقد يعقب ذلك صمم ومن الجائز ان يحصل التهاب الغشاء المخاطى القيحى أو الدفتيرى والتهاب الملتحمة واحمرار اللسان بعد سقوط الطبقة المغطية له احمرارا يشاهد فيه ارتفاع حلماته فيشبه التوت الارضى ويعرف حينئذ باللسان القرمزى

(رابعا) – التنوعات التى تحصل فى دور الطفح لانه قد يكون قليل الظهور تعسر رؤيته فلا يشاهد الا فى بعض محال من الجسم كالوجه أو الجذع أو الاطراف وقد ينمو بكثرة وتصير البقع عقدية (القرمزية الحلمية) أو يصير الطفح حويصليا (القرمزية الدخنية) ويصحب بالعرق القرمزى الذى يكون مجلسه غالبا الجذع أو الاطراف وأحيانا يكون الطفح مشابها لطفح الروبيا وقد يكون الطفح غير منتظم (القرمزية المتنوعة) وقد يصطحب ببقع دموية (القرمزية النزيفية) وهذا النوع يكون خطرا حيث يصطحب بسوء قنية عمومية وليس من النادر اصطحاب الطفح القرمزى بطفح آخر وبدمامل وكما يحصل عدم انتظام فى الطفح يحصل التفلس بالنسبة للمدة والشكل وقد تصطحب القرمزية باستسقاء زقى ناتج عن تغير فى الاوعية أو عن اصابة الكلى

(خامسا) – تضاعف القرمزية باصابة الكلى وحينئذ تصطحب اعراضها بالاعراض الموضعية للالتهاب الكلوى الحاد وهذه الاعراض تشاهد فى آخر الدور الثانى أو فى أول الثالث وقد تشاهد فى آخر الاسبوع الرابع وقد يحصل الشفاء بدون اضطراب وقد يحدث الموت فى مدة قليلة ولذا يجب البحث عن بول المصابين بالقرمزية زمنا فزمنا بحثا دقيقا فى آخر المرض أو فى زمن النقاهة ويستدل على حصول الالتهاب الكلوى بارتقاء درجة الحرارة الى ٤٠ بعد انحطاطها وبتغير البول وبانتفاخ الوجه انتفاخا خفيفا وباكتسابه لونا باهتا

و بعد ذلك تظهر أعراض التسمم بالبولينا (راجع الالتهاب الكلوى)

(سادسا) اصابة المفاصل - ترم المفاصل فى دور التقلس عادة فتصاب مفاصل الاطراف العليا أو السفلى وهذه الحالة كانت تعرف بالحدار القرمزى والالتهاب الزلالى القرمزى وهو وقتى حميد عادة وقد يشتد الالتهاب فيصل الى التقيحى وقد يصطحب هذا النوع بحالة تقيحية عمومية يشاهد فيها التهاب بليوراوى تقيحى وخراجات جلدية و يحتمل ان يكون هناك ارتباط بميكروب الكوكيس الذى يشاهد فى القيح كثيرا وقد يشاهد تألم وانتفاخ خفيف منتشر فى عضلات الفخذ

(سابعا) - مما يضاعف القرمزية الالتهاب الرئوى الفصيصى ويشاهد عادة عقب الالتهاب الكلوى وكذا يضاعفها التهاب الغشاء الباطن للقلب والمحيط به واسهالات وحالات دوسنتارية وأخيرا انتفاخ الطحال والكبد

(الاشكال) - من التنوعات المختلفة التى ذكرت والمضاعفات التى تظهر فى مدة سير القرمزية تبين لنا تغيرات الهيئة الاكلينيكية فضلا عما يوجد فى سير القرمزية من الخصوصيات التى يتعسر حصرها ونذكر منها بعض أشكال طبيعية فنقول

(أولا) - الشكل الحميد غير التام ويظهر فيه طفح خفيف وذبحة بسيطة أحيانا غير تامة وكذا بقية الاعراض تكون خفيفة أو غير تامة

(ثانيا) - الشكل غير التام ذو السير غير الخبيث ولا يظهر فيه الطفح الا نادرا والاعراض العمومية تكون شديدة وذلك كالحركة الحمية والاعراض العصبية وانتهاؤه محزن

(ثالثا) - الاشكال الخطرة ذات السير البطىء وهى تنتج عن شدة الاصابة العفنة كما تنتج عن المضاعفات ويدخل تحت هذه الاشكال شكل العينة أى القرمزية الشاملة لجميع أوصافها وفيه تكون الحمى مرتفعة والاعراض العمومية خطرة ويدخل تحتها أيضا الشكل النزيفى الذى تحصل فيه المضاعفات الموضعية والتهاب الاغشية المصلية

(رابعا) - نضيف الى ذلك القرمزية النكسية التى تحصل فيها النكسة عند انتهاء المرض

(التشخيص) - تعرف القرمزية بطفحها المخصوص وباعراضها العمومية وقد يشتبه طفحها بالطفح الذى يظهر بعد تعاطى بعض الادوية خصوصا البلادونا والاتروبين

والكينين والانتبرين والمورفين والكلورال الايدراتى وغيره وكذا بعد تعاطى الحيوانات القشرية وبعض أسماك فيلزم التمييز بين الطفحين كما يلزم تمييز اعراضهما العمومية عن اعراض أمراض أخرى عفنة كالتيفوس والجدرى ويسهل ذلك بمعرفة الاعراض التى ذكرناها والذبحات الحلقية التى تصاحبها وكذا الاسباب

(التشريح المرضى) - بعد وفاة المصابين بالقرمزية يزول احتقان الجلد ولا يبقى فيه الا انتفاخ ومرونة خفيفة وبالبحث عنه بالميكروسكوب نجد الادمة منتفخة والاوعية الدموية متمددة مع ضخامة فى خلايا شبكة ملبيجى ونجد أيضا خلايا مغزلية الشكل وكرات بيضاء وحمراء ونقط دموية وتفلس البشرة يافى غدد العرق وبهاتة ورخاوة فى العضل بسبب حصول الاستحالة الحبيبية فى أليافه وليس من النادر مشاهدة احتقان العقد تحت الجلد والمساريقية وعقد باير والعقد الانبوبية والطحال ونجد الدم ذا دكنة كثيرة قليل الانعقاد زائد الكرات البيضاء ويضاف لذلك التغيرات التشريحية للمضاعفات التى تصاحب هذا الداء

(الانذار) - يجب الاحتراس من الاخبار عنه لما علم من سيره انه قد يكون حميدا ثم تحصل مضاعفات خطرة من المضاعفات التى ذكرناها وخصوصا الالتهاب الكلوى

(المعالجة) - أغلب المصابين بالقرمزية العادية يشفون بدون واسطة طبية وحينئذ يجب على الطبيب أن يأمر بالغذاء اللطيف (بهريز مطلق) وبالوسائط الصحية بأن تكون محال المرضى ذات هواء رطب وتعطى الامراق والالبان والبيض وما شابه ذلك ويجب الاعتناء بنظافة الجلد والفم وتغيير الملابس يوميا وتندية الفم بمادة دسمة عند جفافه وتعالج الذبحة الحلقية بما يناسبها وتستعمل الوسائط المضادة لعفونة الفم والحلق كغرغرة من كلورات البوتاسا اثنان فى المائة أو من حمض الفينيك نصف فى المائة وتنفع التباخير بحمض الفينيك وعند الاطفال صغيرى السن يغسل الفم بحقنة من تلك المحاليل أيضا انما يلزم تخفيفها وتعطى المرضى فى كل ساعة ملء ملعقة صغيرة من محلول كلورات البوتاسا اثنان فى المائة واذا ظهرت الدفتيريا مع استعمال هذه الوسائط يحقن المنسوج الخلالى بمحلول حمض الكربوليك ٣ فى المائة بواسطة انبوبة طويلة توصل بحقنة براڤاس وتعالج المضاعفات التى ذكرناها بحسب ما يناسبها من الادوية واذا التجئ الى استعمال

الحمامات يجب ان لا تستعمل ودرجة حرارتها أقل من ٣٢ مئينية

(المبحث السابع فى الحصبة)

الحصبة مرض لا ينجو من اصابته طفل الا نادرا وجائز ان تحصل الاصابة به مرة ثانية وهو أقل خطرا من القرمزية وقد شاهدته عند الكهول

(الاسباب) — قد يوجد هذا المرض منعزلا والغالب ان يكون وبائيا ناشئا عن العدوى فيكون سريع الانتشار لانه متى ظهر على طفل فى عائلة أصاب جميع أطفالها بسبب الملامسة مباشرة أو بواسطة الاشياء الاخرى التى تلامس المريض أو بواسطة مخالطة من أقام مع المريض أو بواسطة الهواء الذى يمر من الفم والانف وبواسطة تلقيح الدم أو مواد الافراز من طفل مريض الى آخر سليم ولم تعرف حقيقة الاصل المعدى الى الآن معرفة تامة

(الاعراض) — دور تفريخ الحصبة يكون عشرة أيام أو أزيد من ابتداء دخول الاصل المعدى فى البنية الى ظهور الطفح وفى هذه المدة لا تظهر اعراض خاصة بهجوم المرض غير حركة حمية خفيفة وفى اليوم العاشر يطرأ دور الهجوم الذى تكون مدته من ثلاثة أيام الى أربعة فتزداد درجة الحرارة حتى تصل الى ٣٩ أو ٤٠ ثم تظهر النوازل الواصفة للحصبة فتصيب الغشاء المخاطى الانفى والملتحمة العينية التى تحتقن ويزداد افراز الدموع وتغلق المرضى اعينهم لمن فزع الضوء وتصيب النوازل أيضا الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية فى جزئها العلوى فيتغير الصوت ويصير أبح ويحصل سعال وآلام فى الرأس وتضطرب الحالة العمومية وتوجد اعراض الذبحة أحيانا الا انها لا تكون أول اعراض الهجوم

وأما دور الطفح فيسبقه بيوم أو اثنين احرار مخصوص فى اللهاة نقطى عادة يعرف بطفح الغشاء المخاطى ويظهر الطفح الحصبى أولا فى الوجه والخدين والجبهة ثم يمتد الى ما بقى من سطح الجسم فيوجد فيه نقط صغيرة مرتفعة فى محاذاة أجربة الشعر محاطة بهالات حمراء ثم تتصل ببعضها فى بعض المواضع وتبقى منعزلة فى بعض آخر فيكون ما بينها سليما ودرجة الحرارة زمن ظهور الطفح الذى يتم فى يومين تصل الى ٤٠ درجة أو ٤٠ وخمسة خطوط وأحيانا يوجد فى هذا الزمن ارتشاح عقدى منتشر خفيف ثم تتناقص درجة الحرارة واعراض النزلات ويأخذ الطفح فى الهبات شيأ فشيأ يومين أو ثلاثة ثم يبتدئ دور التفلس

البشرى الذى لا يصل الى الشكل الصفيحى كما فى القرمزية بل يكون قشورا رقيقة فرفورية وبعد ثمانية أيام أو عشرة من ابتداء ظهور الطفح تدخل المرضى فى دور النقاهة هذا هو سير الحصبة الطبيعى ولكن قد تطرأ بعض أعراض ومضاعفات يلزمنا معرفتها وهى

(أولا الحمى) — قد علم مما سبق انها تظهر بغتة ثم تزيد فى دور الطفح ثم تنقص تدريجا فاذا استمرت دلت على وجود مضاعفة من جهة الاغشية المخاطية

(ثانيا) — قد يوجد فى الطفح تنوعات كثيرة وقد يكون غير مستوفى النمو وقد لا يبتدئ بالوجه كالعادة وأحيانا تكون البقع صغيرة منفصلة عن بعضها (الحصبة المنعزلة) وتارة تكون مختلطة (الحصبة المختلطة) وطورا تكون حويصلات (الحصبة الدخنية) وهذا اندر مما فى القرمزية وقد تصطحب الحصبة ببعض أنزفة الا انها ليست خطرة وقد تصطحب بطفح آخر جلدى

والمضاعفات هنا تنشأ من تأثير أصل عفن غير الاصل العفن للحصبة وتكون أقل مما فى القرمزية وتحصل أيضا فى بعض أوبئة وذلك كالالتهاب الملتحمى البليفوراجى والالتهاب القرنى والقزحى والزكام وكذا التهاب البلعوم والحنجرة الذى يطيل مدة المرض والتهاب الاذن المتوسطة والدفتيريا والآفة الكروية والالتهاب الرئوى الفصى أو الفصيصى والالتهاب الشعبى خصوصا الشعرى وأما الالتهاب الكلوى فنادر هنا ويضاعف الحصبة أيضا اسهالات بسيطة أو دوسنتارية ويوجد هناك ارتباط بين الحصبة والسعال الديكى والدرن الرئوى عند المستعدين له

(التشخيص) — يسهل بوجود النزلة الانفية والعينية والحنجرية التى تسبق الطفح وبوجود الطفح سواء كان فى الحلق أو على الجلد ويشتبه طفح الحصبة بطفح القرمزية والتيفوس الطفحى وابتداء الجدرى وبعض الزهرى الثانوى وبطفح بعض الادوية كالبلاسم ويميز عن ذلك كله بسوابق المريض ووجود الاعراض المميزة لكل منها

(الانذار) — هو جيد عادة وقد يختلف بالنسبة للاوبئة والمضاعفات التى تطرأ أثناء سير هذا المرض وأكثرها خطرا هو الالتهاب الرئوى

(المعالجة) — يلزم اتخاذ الوسائط الصحية من عزل المريض عن السليم وحفظ المرضى فى

درجة حرارة مناسبة ولو كانت الحصبة ذات شكل جيد وحفظ الاطفال فى الفراش حتى يأتى دور التفلس واتخاذ الحمية المناسبة لهم وان تكون محالهم نصف معتمة حذرا من فزعهم من الضوء وأغلبهم يشفون بدون وسائط علاجية ويلزم معالجة النزلات باستعمال النظافة على الدوام خصوصا فى الفتحات الطبيعية ويتجنب الامساك وتعالج المضاعفات كنزلة العين والالتهاب الشعبى الكروباوى والالتهاب الحنجرى والرئوى بما يناسبها (راجع تلك الامراض) وتعالج الاعراض بحسب ظهورها

(المبحث الثامن فى الروبيولا)

الروبيولا مرض شديد الشبه بالحصبة ولذا تعسر أحيانا تميزه وقد يصيب الاطفال اثناء اصابة آخرين بالحصبة أو القرمزية والذين يصابون به عرضة للاصابة باحداهما أيضا

(الاعراض) - يظهر طفح هذا المرض بعد التلقيح باسبوعين أو ثلاثة ولا توجد له اعراض هجوم دائما واذا وجدت تمكث نصف يوم والطفح يشبه طفح الحصبة الا ان بقعه هنا أصغر واذا اعتبرنا كل بقعة بمفردها نجدها فى حجم العدسة ويندر ان تكون أكبر من ذلك وشكلها مستدير أو زاوى أو منشرذم الدائر غير منتظم وتظهر كالحصبة فى الرأس والوجه والجذع والاطراف ولونها وردى فاتح أو أحمر قانى قليلة الارتفاع ولا تقرب من بعضها ويندران تعلوها حويصلات ويصاحبها احمرار نقطى فى سقف الحنك وبعد مضى يومين أو أربعة يزول هذا الطفح عادة من غير حصول تفلس ظاهر ولا توجد الحمى هنا الا قليلا ومتى ظهرت لا تمكث الا يومين وتصل درجتها الى ٣٩

ويصحب هذا المرض نزلات خفيفة فى الملتحمة والانف والحلق والحنجرة واحتقان فى العقد الليمفاوية ولا توجد هنا المضاعفات الخطرة والحالة العمومية تكون طبيعية تقريبا ولذا كان الانذار هنا غير خطر ولا احتياج لمعالجة خصوصية

(المبحث التاسع فى الجدرى)

الجدرى مرض معروف من قديم الزمان وهو آفة عفنة حادة خطرة يموت بها عدد عظيم ومن منذ ما أدخل التلقيح الواقى منه فى الطب قل خطره واما أصله المرضى المعدى فليس معروفا تماما معرفة جيدة وان وجدت فى بثراته الميكروبات الناشئة من الهواء الموجود فيه

نوع البقر وليس له تعلق خصوصى بالمرض ومثل ذلك ما وجد منها فى البورات البا كتيرية التى تشاهد فى الاعضاء الباطنة كالكبد والطحال والكلى فانها تنسب لميكروب عضوى ذى طبيعة أخرى ليس له ارتباط بالحالة المرضية الجدرية

(الاسباب) - جميع الامم عرضة للاصابة به فى جميع اطوار حياتهم بل وفى الحياة الرحمية وكذا الحوامل والنفساء أما المصابون بأمراض عفنة حادة كالحصبة والقرمزية والتيفوس فانهم فى أمن من العدوى مدة مرضهم ولا يطرد ذلك ومن أصيب بالجدرى مرة لا يصاب به أخرى وسبب الاصابة به انتقال الاصل المعدى من مريض الى سليم والجزء المعدى منه كثيرا هو القيح البثرى الذى يجف ويلتصق بالقشور ومع ذلك قد تحصل العدوى به قبل تكون البثور وعلى رأى بعضهم من انه معد أيضا فى دور التفريخ تنتقل العدوى بواسطة الهواء المحيط بالمريض وعلى ذلك لا تكون العدوى قاصرة على الملامسة بل بالانتشار أيضا ويكفى فى ذلك اقامة الشخص فى جو متحمل به ويجوز ان تحصل العدوى من مسافة بعيدة بملامسة الملابس أو ما يجاور المريض لان الاصل المعدى يحفظ خاصية التلقيح مدة وسبيل دخوله فى الجسم ليست معروفة معرفة أكيدة ويغلب على الظن انه يدخل مع هواء التنفس وأما حصول العدوى بالتلقيح من البقر فهذا أمر لا شك فيه وأما تلقيح الدم فلم يحدث العدوى الى الآن

(الاعراض والسير) - دور التفريخ يمتد غالبا من عشرة أيام الى أربعة عشر يوما ويندر ان يزيد عن ذلك وفى مدته لا تظهر اعراض الهجوم واذا ظهرت تكون خفيفة وهى قشعريرة وحمى وألم فى الرأس وفى العمود الفقرى ويمكن ان تشتد الاعراض العمومية كجفاف اللسان والارق والهذيان واستمرار الحمى وسرعة النبض والتهوع والقىء والامساك ويندر الاسهال وقد توجد ذبحة ونزلة شعبية خفيفة وتمدد فى الطحال وزلالية قليلة فى البول ويظهر طفح مجل على جلد الجذع والاطراف فى مسافات مختلفة كأنه مقدمة للطفح الجدرى ويكون على هيئة ايريتما بقعية أو منتشرة ثم يظهر طفح نقطى نزيفى فى الجزء السفلى من البطن والجهة الانسية من الفخذين ومن العجيب عدم ظهور طفح جدرى فى هذا الموضع الاخير ومدة هذا الدور ٣ أيام وفى آخر اليوم الرابع أو السادس تأخذ الحمى فى

التناقص وأما الدور الطفحى فله شكلان شكل يقال له طفح جدرى حقيقى يحصل فيه تقيح حقيقى كثيرا وشكل يقال له طفح جدرى فقط لا يوجد فيه التقيح أو يوجد خفيفا

(فالاول) يبتدئ فيه الطفح بالوجه وبفروة الرأس ثم يسعى الى الجذع والذراعين وأخيرا الى الاطراف السفلى ويظهر على هيئة بقع حمر مرتفعة تستحيل الى حلمات صغيرة فى يومين بحيث تحس اليد الملامسة لها بحلمات منضمة رخوة ذات ملمس قطيفى ويرتفع فى قمة كل حلمة حويصلات صغيرة تنمو شيأ فشيأ ومتحصلها يأخذ فى التعكر حتى يصير قيحيا ويكون بثرات يتم تكونها فى اليوم السادس من الطفح وهو اليوم التاسع من المرض فيحصل التقيح وفيه يشاهد انبعاج سرى فى قمة البثرات وهالة حمراء محيطة بها واذا كانت البثرات متقاربة كما يحصل غالبا فى الوجه يتوتر الجلد فى المسافات بينها ويصير مؤلما ويحصل تغير فى السحنة وتنغلق الاجفان من شدة الاوزيما وكذا يحصل فى ظهر اليدين وتتغير هيئة الجلد فى الاجزاء المعرضة للضغط أو لاحتكاك الملابس وجلد المثلثين الوركيين لا يوجد فيه تغير عادة

ويظهر طفح يقرب من الطفح الذى يظهر على الجلد ومجلسه عادة الغشاء المخاطى الفمى والحلقومى وأحيانا الانفى والحنجرى والشعبى والمريئى ونادرا المهبل والمستقيم الأن البثور هنا لا تكون حقيقية ولكونها مغمورة فى رطوبة تتعطن وتكون تسلخات وتصطحب بالاعراض الموضعية الخاصة بكل عضو أصيب بها من الاعضاء المذكورة والحمى تتزايد فى ابتداء تقيح البثرات ويحصل ثقل فى الاعراض العمومية ولذا يجب مراقبة المرضى بالاعتناء وجائز أن تحصل مضاعفات فى هذا الزمن

وفى اليوم الثانى أو الثالث عشر يبتدئ دور التفلس فتجف البثور التى انفجرت وتتكون قشور صفر ويزول انتفاخ الجلد ثم تنفصل القشور والفلوس شيأ فشيأ وفى هذا الدور تتنازل الحمى وتتناقص الاعراض الموضعية والعمومية وتصل المرضى الى دور النقاهة المصحوب بأكال فى الجلد وبعد سقوط القشر ومضى ثلاثة أو أربعة أسابيع نجد الجلد موشحا بنقط ملونة لا تزول بالكلية الا بعد مضى أشهر واذا تقرح بعض أجزاء الجلد يلتحم ويجوز أن يسقط شعر الرأس فيخلفه شعر آخر

(الثانى الجديرى) — وهو شكل من الجدرى بلا فاصل بينهما وقد عبرنا عنه سابقا بالطفح الجدرى غير الحقيقى أى الكاذب ويشاهد عند المستعدين للجدرى وهم الذين ضعف عندهم الاصل المعدى بتلقيح الجدرى وأعراضه تكون خفيفة وحميدة وبعد ظهور الطفح يعلم انه خفيف ونادر وبثراته صافية نصف شفافة وهذا الطفح يكون غير منتظم ولا يبتدئ بالوجه كالجدرى بل يبتدئ غالبا بالجذع ونموه لا يشابه نمو طفح الجدرى لجواز أن لا يقطع أدواره ولا يصل الى دور التقيح التام بل يأخذ فى التلاشى قبل وصوله الى ذلك وحينئذ يوجد على شكل درنى أو حويصلى يعرف بالجديرى الثؤلولى أو الدخنى وقلة تقيح الطفح أو ندرته تفسر لنا عدم ظهور حمى التقيح أو ظهورها بخفة وفى هذه الحالة تتنازل درجة حرارة الطفح حتى تصل الى الحرارة الطبيعية والتفلس يبتدئ من اليوم الثامن الى العاشر من المرض وبذا يعلم ان مدة الجديرى أقل من مدة الجدرى وتندر هنا المضاعفات الخطرة كما يندر ظهور طفح على الاغشية المخاطية

التغير المرضى لجلد المصابين بالجدرى — يحصل أولا اضطراب فى حيوية خلايا الطبقة الغائرة من شبكة ملبيجى وبتأثير الاصل السام تنتفخ من امتصاص المادة اللينفاوية الآتية من أوعية الحلمات وتستحيل الى متحصل متجانس منضغط فاقد النوايات وتموت ورأى (فايجر) أن اللينفا التى تتزايد شيأ فشيأ تبعد منسوج الطبقة البشرية تدريجا وتنتهى بصيرورتها شبه أغشية مكونة لحواجز داخل حويصلات الجدرى ومن ذلك يفسر عدم خروج سائل هذه الحويصلات بتمامه اذا وخزت بجسم مدبب ويخرج من الاوعية مع المادة اللينفاوية كرات بيضاء تحيل سائل الحويصلات الى قيح وبتجدد البشرة فى الجزء الدائرى السليم ترتفع حافة البثرة وتموت الخلايا فى جزئه المركزى فتنخفض وهذا يفسر الشكل السرى للبثرات واذا امتد التقيح الى سطح الأدمة لا يتم التحامه الا بتكون أثرة وأما اذا كان قاصرا على البشرة فيتم الالتحام بدون أثرة ونعد من المضاعفات التى تحصل فى الجلد الخراجات والغلغمونى والحمرة والغنغرينا وما يتأتى من الاستلقاء على الظهر وأما مضاعفات الجدرى الأخرى فهى الالتهاب الرئوى الفصيصى وقروح الحنجرة وأوزيما المزمار والالتهاب الشعبى ويحتمل حصول ذلك عقب البثور التى ظهرت على سطح

الغشاء المخاطى للاعضاء المذكورة كما يحتمل ظهور بثرات جدرية فى الفم والبلعوم والمرىء والمعدة والامعاء ومن ذلك تحصل نزلات معدية ومعوية ويحتمل حصول الالتهاب الاذنى التقيحى والتهاب الحنجرة والدفتيريا الخ ويصاحب مضاعفات الجهاز الهضمى احتقان الكبد والطحال وأما مضاعفات الجهاز الدورى فهى اصابة عضلة القلب والغشاء الباطن له والتامور ومضاعفات الحواس هى اصابة الاجفان والملتحمة العينية بالبثرات والالتهاب القرنى والقزحى والشبكى وجائز حصول التهاب المفاصل فى دور التقيح وأيضا حصول مضاعفات عصبية تابعة لحصول بورات التهابية فى المراكز العصبية والالتهاب الكلوى الجدرى ليس بنادر

(الاشكال) - يوجد للجدرى سوى الشكلين السابقين أشكال أخرى الاول مرض جدرى ذو طفح غير متميز أو بدون طفح وهذا الشكل يعرف بالحمى الجدرية عديمة الطفح ولا يعرف وجوده الا عند وجود وباء جدرى الثانى شكل تكون أعراضه خطرة فى الابتداء وقد يحصل فيه اجهاض وهو سريع الشفاء الثالث جدرى مختلط ذو أعراض ثقيلة الرابع جدرى متفرق أعراضه خفيفة عادة وهذان بالنسبة للطفح الخامس وهو أكثر الاشكال خطرا الجدرى النزيفى ويشاهد عند الشيوخ وعند من به سوء قنية وعند المدمنين للخمر ويسمى بالجدرى الاسود ويصطحب بنزيف فى البثرات والاغشية المخاطية وينتهى بالموت عادة

(التشخيص) - يكون عسرا فى الابتداء لانه يشتبه بالحصبة والقرمزية وبالتيفوس الطفحى الا أن وجود حركة القيء وآلام القطن وسرعة حصول الطفح فى الوجه وشكله البثرى السرى يسهل لنا التشخيص

(الانذار) - انذار الجدرى لا يمكن الحكم به ولو فى الشكل الخفيف وخطره يتعلق بكثرة الطفح وبالسن وبنية المريض والاعتياد على شرب الخمر والجدرى المختلط والنزيفى خطران وعدد المتوفين به يختلف بالنسبة للوباء والعادة أن يموت به من ١٥ : ٢٠ فى المائة

(المعالجة) - منها الواقية كعزل المريض عزلا كليا عن السليم ويجب ذلك فى جميع

الامراض المعدية اذ هو الواسطة فى منع انتشار المرض ويتوصل اليه بعمل مستشفيات مخصوصة زمن الوباء ويجب أيضا تطهير الملابس والاشياء التى لامست المرضى وأحسن واسطة هى الحرارة التى تبلغ ١١٥ درجة أو ١٢٠

ومنها التلقيح الواقى وهو واسطة جيدة النفع عجيبة التأثير اتفق على اجرائها فى جميع أركان الدنيا بأن يلقح الاصل المعدى للاطفال لوقايتهم من هذا المرض مدة حياتهم والتلقيح كان مستعملا من قديم الزمان فى الهند والصين ففى سنة ١٧١٧ لقحت (لردى موتتاج) الانجليزية ابنها وفى سنة ١٧٩٨ أخبر (ايدوار جنير) عما علم بيلده لدى الفلاحين من ظهور الجدرى فى ضرع البقر الذى لقح من جدرى الانسان وظهور بثور جدرية لدى الانسان الملقح من جدرى ضرع البقر لكنه يشفى مع عدم اصابته بالجدرى الحقيقى ولجنير الفضل فى اشهار هذه الطريقة التى تأكد نفعها بعد ذلك ببلاد أخرى وبها انتشر التلقيح الواقى ودخل فى العمل والمتحقق منه الآن أنه اذا لقحت مادة جدرى الانسان للبقر حدثت بثرات اذا لقحت مادتها للاطفال تحدث بثرات تلقيح ولا تحدث الجدرى الحقيقى ولكن هذه القاعدة أغلبية لان التجارب التى فعلت فى ليون سنة ٦٥ دلت على أن المادة الجدرية الملقحة للبقر تحدث أحيانا طفحا مغايرا البثرات التلقيح واذا لقحت مادته للاطفال يجوز اصابتها بالجدرى الحقيقى ثم ان التلقيح يحصل من الحيوان الى الانسان ومن الانسان الى الانسان بواسطة ادخال لينفا البثرات تحت البشرة سواء كانت اللينفا جديدة أو محفوظة مع الجليسرين فى زجاج صغير عقيم والعملية تفعل بواسطة ابرة مخصوصة أو مبضع وبعد مضى أربعة أيام تظهر البثرات واذا لم ينجح التلقيح أولا يفعل ثانيا ومفعوله يقل مع الزمن ولذا يلزم تجديده كل خمس أو ست سنين

ومنها المعالجة العرضية فتعالج شدة الحمى بمضاداتها وتسكن الآلام بوضع الجليد وتعطى الملينات اذا كان هناك امساك ويحفظ الجسم فى درجة حرارة مناسبة ويحفظ على سطح الجلد من المؤثرات الخارجية التى لا تخلو من وجود مواد محدثة للالتهاب ويستعان بمضادات التعفن عند حصول التقيح وبعضهم يستعمل صبغة اليود والآخر يستعمل نترات الفضة وشفير يأخذ من حمض الكربوليك من ٤ : ١٠ فى ٤٠ جراما من

زيت الزيتون و ٦٠ من الطباشير المجروش الناعم يفعل من ذلك عجينة رخوة تطلى بها قطعة قماش ويوضع على الايدى والوجه وتجدد كل اثنتى عشرة ساعة مرة واستعمل البعض الادهان بالزيت والبعض الحمامات الساخنة المستمرة وفى مصر يستعمل ملح الطعام بأن تغمر فى محلوله خرق أو قميص ويوضع على الاجزاء المتقيحة وينظف الفم والبلعوم بالغسلات المضادة للعفونة بواسطة كلورات البوتاسا أو حمض الفينيك أو البورق أو محلول فوق منجانات البوتاسا وتستعمل الحمامات الباردة خصوصا اذا كان هناك مضاعفات رئوية أو عصبية ويستعمل من الباطن الكينين والانتبرين ثم تستعمل معالجة الاعراض بحسب ما يناسبها وكذا معالجة المضاعفات

(المبحث العاشر الجدرى الطيار)

هذا المرض يعرف بالجدرى المائى ويصيب الاطفال دون غيرهم وهو يعدى ويظهر على شكل وبائى أحيانا

(الاعراض) - بعد مضى ١٣ : ١٧ يوما من التلقيح يبتدئ المرض بظهور حويصلات ويندر أن تكون مسبوقة بأعراض هجوم وهى فى حجم العدسة أو أكبر منها بقليل محاطة بهالة حمراء وعددها من اثنتى عشرة الى مائة أو أكثر وأغلبها يكون مجلسه الجذع والقليل فى الاطراف وقد يشاهد قليل منها فى الاغشية كالغشاء المخاطى الفمى والحنجرى والطفح يكون مسبوقا بحركة حمية ويظهر على التعاقب وينتهى بعد بعض أيام بحيث يشاهد على الجلد حويصلات جديدة وأخرى آخذة فى الشفاء ويندر أن الحويصلة تكتسب شكل بثرة كما فى الجدرى ومدة المرض من أسبوع الى أسبوع ونصف وفى هذه المدة تكون صحة الاطفال غير متغيرة غالبا ويندر أن يشكوا بآلام مفصلية وبقلة شهية وبرشح أنفى كما يندر حصول مضاعفات كالتهاب كلوى خفيف

وقد يكون هذا المرض ناقصا اذا ظهر على شكل الوردية الحويصلية ويزول بدون أن تتم حويصلاته وأحيانا يكون شديدا مصحوبا بحمى تصل درجة حرارتها الى ٤١ الا أن حالة الاطفال العمومية ليست مضطربة ولا تلجئ الى ندب الطبيب أحيانا

(التشخيص) - هو سهل وان كان هذا المرض مشابها للجدرى الحقيقى لانهما متميزان

بأن وباء كل لا يشبه وباء الآخر وان الاصابة بأحدهما الشخص تمنع اصابته بالآخر وان التلقيح بمادة الجدرى الطيار لا تحدث الجدرى الحقيقى وبالعكس ثم ان بعض المشتغلين بأمراض الجلد يعتبرون أن بعض حالات خفيفة من الجدرى هى الجدرى الطيار وأما معلمو الاكلينك (الامراض الباطنة) فجميعهم مقر بان الجدرى الطيار مرض قائم بنفسه

(الانذار) - هذا المرض جيد ولا يحتاج لمعالجة خصوصية انما يلزم التحفظ على الاطفال بملازمتهم للفراش حتى يتم الشفاء

(المبحث الحادى عشر فى الحمرة)

هى مرض عفن ذو أصل جرحى

(الاسباب) - يظهر هذا المرض عقب دخول ميكروب مخصوص (ميكروكوكوس الحمرة) فى الجلد أو الاغشية المخاطية وفيها يحدث التهاب يمتد الى الاجزاء المجاورة وبعضهم يقسم هذا المرض الى نوعين حمرة جرحية وحمرة ذاتية

فالنوع الاول لا نشرحه هنا ومثله الحمرة النفاسية وحمرة المولودين حديثا التى تبتدئ ببعض تسلخات فى الشرج أو فى السرة

وأما النوع الثانى وهو ما يظهر فى الوجه ويسمى بالحمرة الوجهية فينتشر من الوجه الى جلد الرأس ويسمى بحمرة جلدة الرأس وقد يسرى الى الجذع وبعضهم يعتبر حمرة الوجه أيضا حمرة جرحية تنشأ من نقطة فى الوجه جرحت جرحا لا تمكن رؤيته وهذا الرأى مقبول فاننا نجد الحمرة تبتدئ عقب خدش فى الانف أو فى حافة الحفر الانفية أو من خدش فى حوافى الاذن وقد تسبق الحمرة بزكام وحينئذ يشاهد ظهور أول عرض التهابى فى جلد الانف وهذا يفسر بحصول بعض تسلخات فى الغشاء المخاطى الانفى عند المصابين بزكام كان السبب المهيئ لحصول الحمرة كما يحصل أحيانا حركة حمية قبل ظهور الحمرة وهذا مما يقرب الظن بان الحمرة تعد من الامراض الطفحية الحادة وأن العدوى تحصل بطريقة غير التى ذكرت واستكشاف الاصل المرضى للحمرة ينسب الى فهليسن الذى وجد ميكروكوكوس على شكل سلسلة يعرف بالاستربتوكوكوس للحمرة وهذا الميكروب يوجد فى الاوعية اللينفاوية والقنوات المغذية للجلد لانه اذا زرع ولقح به الارنب أو الانسان أحدث الحمرة

وحمرة الوجه تظهر عادة زمن الشباب ويظهرانها عند النساء أكثر منها عند الرجال والبرد والفزع من الاسباب المهيئة كالخدش والزكام وكذا بعض قيعان المرضى المجروحين فان المرض يوجد فيها أكثر من غيرها ويجوز أن أشخاصا من عائلة واحدة يصابون بحمرة الوجه لما عندهم من الاستعداد للسبب المحدث للمرض وهذه الحمرة تصيب الشخص عدة مرات وتصيب بعض الاشخاص كل سنة مرة ويجوز أن يوجد هنا السبب المهيئ كالتهاب الغشاء المخاطى الانفى المزمن وقد تصيب الضعاف والمسلولين والسرطانيين فى آخر درجة من مرضهم

(الاعراض) - أول عرض موضعى يظهر هو انتفاخ الجلد والاحساس بألم وتمدد ثم فى آن واحد تظهر الحمى وملل عمومى وتهوع وآلام فى الرأس وأحيانا أخرى يبتدئ المرض بالاعراض العمومية كقشعريرة وألم رأسى وملل عمومى وبعد مضى يومين أو ثلاثة ينتفخ الوجه وقد يشاهد عند عدد عظيم من المرضى اعراض الذبحة وتبتدئ الحمرة غالبا فى جزء محدود من جلد الأنف ونادرا فى الخد أو الأذن أو جلدة الرأس فينتفخ الجلد ويصير أملس لماعا يحس فيه بحرارة عند مسه والحد الفاصل بين الجلد المريض والجلد السليم حافة مرتفعة محسوسة بالنظر واللمس تتشعشع منها استطالات أو بقع تمتد تدريجا ويختلط بعضها ببعض وتقف الحمرة فى ثنيات الجلد فى الميزاب الانفى الشفوى وفى حدود جلدة الرأس ويجوز أن تمتد الحمرة تدريجا الى الظهر والذراعين والجزء المقدم من الجذع حتى تصل الى الاقدام (الحمرة الهاجرية) فيشفى الوجه حالة وصولها الى الذراع أو الى الجذع ثم ان التهاب الحمرة الاخيرة أخف من التهاب الحمرة الاولى وقد يشاهد ارتفاع بشرة الجذع المصاب وتكون حويصلات أو فقاعات وحينئذ تسمى الحمرة فقاعية أو حويصلية واذا تقيح مشتمل الحويصلات تسمى حمرة بثرية واذا اشتد التهاب الجلد وارتشح المنسوج الخلوى يجوز تنكرزه وتغنغره (الحمرة الغنغرينية) ويشاهد درن فى الاجفان

والاعراض المصاحبة للاعراض الموضعية هى أولا اضطراب من جهة الجهاز الهضمى فتفقد الشهية أحيانا بالكلية ويتغطى اللسان بطبقة سميكة ويحصل قئ فى ابتدائه أو فى مدته والغالب أن يحصل اسهال وقد يحصل امساك وتصطحب الحمرة أحيانا بالتهاب

شعبى والتهاب رئوى فصى والتهاب الغشاء الباطن للقلب والتهاب التامور وقد ينتفخ الطحال أو يحصل يرقان ويشتمل البول على زلال الا أن الالتهاب الكلوى نادر وقد يوجد انتفاخ فى المفاصل وفى العقد اللينفاوية وقد يظهر الهربس الشفوى عند المصابين بالحمرة وكذا الأنجرية أو يحصل غلغمونى أو غنغرينا فى الجلد

(التشريح المرضى) - اذا بحث عن الجلد المصاب بالحمرة بواسطة الميكروسكوب يشاهد احتقان الأوعية وارتشاح مصلى فى المنسوج الخلوى وفى الخلايا كما يشاهد تغير شكل الخلايا وتغير شكل خلايا طبقة مالبيجى بل وتلفها فى الحمرة الفقاعية ويشاهد أيضا الميكروكوكوس السلسلى الذى ذكرناه

(التشخيص) - متى ظهرت الحمرة على سطح الجلد يسهل تشخيصها وتميزعن الالتهاب اللينفاوى بكون الاحمرار فيه تابعا لمسير الاوعية اللينفاوية على شكل خيوط ممتدة امتدادا مستطيلا بخلاف البقع فى الحمرة فانها تكون محدودة ومتسعة وتميز أيضا عن الاريتما والاكزيما الحادة فى أوائل ظهورها بوجود بقعها المحدودة ذات الحافة المرتفعة وبسعيها من محل الاصابة الى ما يجاورها

(الانتهاء) - بعد مضى أربعة أو خمسة أيام من ظهور المرض تنفصل البشرة ويكتسب الجلد حالته الطبيعية شيأ فشيأ ويعود كما كان وتتناقص الحمى التى تبلغ فى الابتداء ٤١ مئينية وليس من النادر ترددها أثناء المرض وبعد تناقصها تعود كما كانت وتزول ويشاهد ذلك خصوصا فى الحمرة الهاجرية وعند زوال ما ظهر من الحمرة تزول الحمى

(الانذار) - الحمرة ليست بخطرة اذا كانت خفيفة ومصيبة لاشخاص سليمة البنية وخطرة اذا اصطحبت بمضاعفات سحائية مخية وكذا عند المدمنين للخمر لاصابتهم باعراض عصبية وتكون الغنغرينا الغلغمونية أشد خطرا من البسيطة والغنغرينا الهاجرية تحدث زيادة ضعف الاشخاص الضعيفة البنية

(المعالجة) - الحمرة الخفيفة لا تحتاج لمعالجة مخصوصة فيكتفى برش مسحوق النشاء أو بدهن المحل المصاب بزيت الزيتون الفنيكى ولاجل تسكين آلام الرأس يوضع عليها مثانة مملوءة بالثلج وتعطى جرعة نباتية من الباطن وأما الحمرة الشديدة الخطرة فستعمل

حمامات الماء البارد لتقليلها او يلتجأ نادرا لاستعمال الكينين أو الانتبرين نظر التقطع الحمى وترددها واستعمل بيروجوف المعالجة بواسطة الكافور فأعطى منه كل ساعتين ١٥ سنتى على شكل مسحوق مع كمية من الشاى لاجل التعريق وقد أوصوا باستعمال كثير من الادوية وأحسنها حمض الساليسيليك وبنزوات الصودا وفى بلاد الانجليز يستعملون سائل سسكوى كلورور الحديد المعروف بصبغة بستوشيف من ٣ جرام الى ٦ فى اليوم وأما نحن فاستعملنا فى معالجة حمرة الوجه هذه الوسائط بنجاح وهى اراحة المريض واعطاؤه شربة وأحسنها الزئبق الحلو ثم وضع مسحوق على الجزء المصاب مكوّن من اليودوفورم والنشاء أجزاء متساوية وتغطية ذلك بطبقة من قطن أو قماش واستعمال الحمية للمريض وأما الاعراض التى تظهر من جهة المخ فتعالج بما يناسبها

(المبحث الثانى عشر فى الهيضة الآسوية)

هى مرض وبائى عفن وسميت بذلك لكون منبعها الهند بآسيا ومازال هذا المرض مجهولا حتى عرف سنة ١٨٧١ ثم انتشر فى جهات مختلفة ومر بالعجم سنة ١٨٣٠ وسنة ١٨٣٢ ومر باوربا بطريق الروسيا وبالمانيا سنة ١٨٣١ ثم ببلاد الانجليز سنة ١٨٣٢ ثم بفرنسا وفى سنة ١٨٣٨ حصلت أوبئة ضعيفة امتدت الى سنة ١٨٤٦ فعاد المرض من آسيا وانتشر باوروبا فى محال مختلفة وبه حدث خراب فى المانيا سنة ١٨٦٦ زمن حرب النمسا مع الروسيا ثم ظهر بشدة سنة ١٨٨٣ وسنة ١٨٨٤ فى فرنسا وايطاليا وظهر بالاقطار المصرية سنة ١٢٤٧ وسنة ١٢٦٣ وسنة ١٢٦٤ وسنة ١٢٦٥ وسنة ١٢٧٣ وسنة ١٣٠١ هجرية

(الاسباب) — أسباب حصول الهيضة هو ميكروب خصوصى نوعى متى دخل فى الجسم أحدث المرض بلا شك فى ذلك ومازال البحث عن هذا الميكروب حتى استكشفه كوخ استكشافا حقيقيا سنة ١٨٨٣ وسماه بالباسيل الهضمى وهذا الباسيل أقصر من باسيل الدرن وأثخن منه يشبه الضمة أو نصف دائرة واذا زرع ينمو ويكون شبه خيوط ملتفة على نفسها تشبه حلزون الحمى الراجعة فى الهيئة واذا بحث عنه فى سائل يرى انه متمتع بحركات سريعة ويدوم حيا فى درجة حرارة بين ٣٠ و ٤٠ مئينية ولا ينمو فى درجة حرارة اقل

من

من ١٦ ويعيش فى الهواء المؤكسد بكثرة وينمو فى الامراق والالبان وفى وسائط مخصوصة وبذا يمكن أن يعيش أسبوعا ويموت سريعا بالتجفيف وفى المحال الجافة ولا يوجد له أسبوركما يوجد لباسيل البثرة الخبيثة وأبدى هوب انه يوجد منه ما يشبه الالياف الحلزونية التى ينمو فى وسطها كرات صغيرة تقسم الالياف الى قسمين وهذا الفعل يتعدد فبدل أن نرى أليافا نجد خلايا مستديرة يظهر أنها منضمة بواسطة مادة هلامية تكون فيما بعد باسيلا ضميا وحينئذ ينبت فى هذه الكتلة الباسيل الضمى الذى يوجد دائما فى أمعاء المصابين بالهيضة الآسوية ولا يوجد أبدا فى مرض آخر وهو معد يحدث الهيضة كما أثبت ذلك رتش ونيكانى وكوخ باحداث الهيضة عند خنزير الهند بادخال كمية من هذا الباسيل فى الاثنى عشرى له

ونذكر هنا الطرق التى بها يدخل الباسيل فى الجسم لاحداث الهيضة فنقول لاشك فى انتقال الهيضة من مكان الى آخر ولا فى اشتمال غائط المصابين بالهيضة على مواد باسيلية تنمو خارجا فى الماء أو فى الملابس المبلولة أو على سطح الاطعمة أو فى باطنها كالالبان والثمار أو فى باطن الارض الرطبة والذين يصابون بها أولا هم المخالطون للمرضى كالممرضين والممرضات وكذا الهيضة تنتقل مع السياحين الكثيرى العدد المصاب بعضهم ولا تسبقهم فى السير وهذا ينفى ان الاصول المعدية فى الهيضة لا تنتقل بواسطة الهواء كما زعم بعضهم وسماه بالهواء الاصفر والواسطة الكثيرة الحصول هى ماء الشرب الذى به يستقر الباسيل فى الامعاء اذا لم يتلف بواسطة حمض العصير المعدى وهذا يفسر أن الاشخاص الذين يصابون بتلبك معدى يكونون عرضة للهيضة أكثر من غيرهم

وبتنكوفر يشك فى وجود باسيل فى الغائط متمتع بقوة حيوية دائما ويقول لابد له من موضع مخصوص يساعده على النمو ليكتسب القوة الممرضة ويستدل على ذلك بعدم ظهور الهيضة فى بعض بلاد خصوصا التى فى أرض حبوبية وبأن الهيضة تكون أقل نموا فى السفن كما ان الارض التى تساعد على النمو تختلف بالنسبة لعلو سطح الماء فيها

ويظهر أن أغلب الاشخاص مستعدون لهذا المرض الذى يصيب الشيوخ كثيرا وحصوله عند الاطفال أقل منه عند الكهول وبعضهم يعتبر أهمية الاسباب المهيئة كالتبريد وعدم

انتظام الاكل والنزلات المعدية المعوية

(الاعراض والسير) – مدة تفريخ الهيضة لاتزيد عن ثلاثة أيام وهى كبقية الامراض العفنة الحادة اما أن تكون خفيفــة أو ثقيلة فالخفيفة التى يوجد فيها الاسهال الهيضى المعتاد تنحصر أعراضها فى أعراض النزلة المعوية الحادة كاسهال غزير غير مصحوب بألم يكون عدد مجالسه من ٣ : ٨ فى اليوم وملل عمومى وفقد الشهية ووجود عطش وقيئ خفيف وتقلص فى سمانة الساقين وقلة بول ثم يحصــل الشفاء فى مدة غايتها اسبوع ومجموع هذه الاعراض يوجد فى الدور الاول للمرض ويدخل تحت هذا الشكل الهويضا واما الثقيلة فيحصــل فيها الاسهال الهيضى الابتدائى وتزداد الاعراض فيحصــل انزلاق يبتدئ بالليل عادة ويكون من اسفل ومن اعلى دفعة واحدة ويحصل قيئ شديد وخمود ويضعف الصوت وتبرد الاطراف

واما الدور الجليدى ويعرف بالهيضة الاسفيكسيائية فأول علاماته ضعف عمومى شــديد وقشعريرة مع خمود مصحوبة بالاعراض المعوية المميزة كالاسهال الذى يتزايد ويكون عجينى القوام ثم يصــير كمغلى الارز أو كمصل اللبن ويصل مقدار كل مجلس الى ٢٠٠ جرام تقريبا ويكون الغائط عديم اللون والرائحة مائيا واذا ترك رسب منه راسب حبيبى ذو لون أبيض رمادى وهــذه المواد يكون تأثيرها متعادلا أو قلويا ولا تشتمل الا على جزء أو اثنين فى المائة من جواهر ثابتة وقليل من الزلال وكثير من ملح الطعام وقد يشاهد فيها بعض دم واذا بحث عنها بالميكروسكوب يشاهــد فيها خلايا بشرية وفوسفات ثلاثية وميكروب متعضون كثير العدد مكون من باسيل ضمى ومن بكتريا التعفن ويستمر هذا الاسهال الغزير زمن الهيضة ولا يذهب جميعه الا نادرا وحينئذ اذا حصــل الموت يقال ان الهيضة جافة ومع الاعراض المذكورة المنحصرة فى اضطراب الجهاز الهضمى كالقيء والاسهال يوجــد الفواق المعروف عند العامة بالزغطة مع فقد افراز البول وعطش شديد ويصــير اللسان وسخا جافا والبطن مسطحا رخوا وأحيانا منقبضا ويتزايد الاحســاس فى أحشاء البطن ويحس أحيانا بقرقعة فى الامعاء المملوءة سائلا وغازات

وأما الجهاز الدورى ففيــه ينقبض القلب انقباضا يشــتد فى أول الامر وتشتكى المرضى

بخفقان ثم تحصــل آلام شديدة جهة القلب الذى تضعف بعد ذلك ضرباته شيأ فشيأ وتخفى ألغاطه ويصير النبض صغيرا متواترا ثم يصير غير محسوس وتبرد الاطراف والوجه وتحصــل برودة جليدية وحينئذ يكون الوجه أزرق أو رصاصــيا ويكون لون الشفتين أسود تقريبا وتنزل درجــة الحرارة الى ٣٥ وكذا درجــة حرارة الجلد الا أنها تصــل فى المستقيم الى ٣٩ وتغور الاعين فى الحجاج وينخفض الشــدقان وينكمش الجلد وتذهب مرونته وينطفئ الصوت ويصير التنفس شاقا سطحيا ويبقى الاحساس العمومى لكن يوجد أحيانا صمم وضــعف فى القوة العقلية ويندر أن يوجــد هيجان عند المرضى ويضعف الفــعل المنعكس عندهــم ويضاف الى ذلك التقلص العضلى الذى ذكرناه ومجموع أعراض هذا الدور الجليــدى لا يمكث زيادة عن يوم أو يومين وقد يحصــل الموت فيــه وقد يخلفه دور رد الفعل وحينئذ يقل الاسهال والقيئ ويرتقى النبض ويقــل السيانوز وتجلد الاطراف وأحيانا يحصل عرق غزير ويتجدد افراز البول لكن يكون زلاليا مشتملا على كرات دم واسطوانات ويصــير طبيعيا متى دخل المريض فى دور النقاهة وبعد أســبوع أو أسبوعين يشفى المريض ويجوز أن تحصل نكسة فى أثناء النقاهة فيدخــل المريض فى الدور الخطر الحمى المعروف بالهيضة التيفودية وهى تتصف بحالة عمومية حمية تزداد فيها درجة الحرارة وألم الرأس والتنفس ويتواتر النبض ويحمر الوجــه ويظهر على الجلد خصوصا عــلى الاطراف طفح يقال له الطفح الهيضى يشبه طفح الارتيما أو الوردية أو الانجرية وينتهــى هذا الدور بالشفاء بعد أيام أو بالاحوال المرضية كالالتهاب المعوى الدفتيرى والدوسنتارى والالتهاب الرئوى والالتهاب الشــعبى القيحى ودفتيريا الحنجرة والبلعوم وأعضاء التناســل والحمرة والالتهاب الكلوى الهيضى الى آخره

(التشريح المرضى) – التغيرات التشريحيــة للهيضة تنحصر أولا فى المعى الدقيق فانه يكون محتقنا احتقانا ورديا ويتغطى فى الابتــداء بطبقة مخاطية زجاجيــة الهيئة ثم يتغطى بنضح التهابى مكون من سائل رائق يشبه ماء الارز أو شوربة الدقيق خال عن الصفراء وبذا يســتدل على وقوف السائل الصفراوى وبعد ذلك تكون الغدد المنعزلة واللطخ منتفخة محتقنــة الحوافى والغشاء المخاطى موشحا بنقط نزيفيــة معراة عن البشرة فى مواضع كثيرة

لشدة الالتهاب أو لتأثير رمى ويصير سائل الامعاء مشتملا على ندف دموية عفنة

وأما التغيرات الأخرى فتتعلق بحالة المرضى قبل الوفاة فنجد العضلات متيبسة تكسب الرمة هيئات مختلفة والاحشاء الباطنية باهتة جافة كأنها خالية من الدم والبطن اليسارى للقلب منقبضا والدم متجمعا فى الاوردة الغليظة وفى القلب اليمنى وفى جيوب الام الجافية ويكون سميكا شبيها بهلام الميرتيل ويستحيل بصعوبة الى جلط ولا يزيد حجم الطحال بعكس ما يحصل فى الامراض الأخرى العفنة ويصغر حجم الكبد غالبا وتنسد قنواته الصفراوية بمادة الصفراء وتحتقن الكليتان خصوصا جزأهما القشرى ويشاهد فيهما بواسطة الميكروسكوب آثار الالتهاب الكلوى الخلالى ونيكروز فى الخلايا البشرية ويوجد الباسيل الضمى فى جدران الامعاء لا فى الدم ولا فى الاعضاء الأخرى ولذا يظهر أن الاضطرابات المختلفة التى تحصل فى الهيضة تكون ناتجة عن فقد الجسم مائيته بواسطة القناة الهضمية ويظهر وجود ارتباط عظيم بين الاعضاء الباطنية والقلب ونسب كوخ للباسيل تكون مواد سمية (بتومايين) متى امتصت حدثت أعراض عمومية وهذا الرأى يثبت يوما فيوما ولا يوجد سوى ما سبق تغيرات المضاعفات التى تصحبها

(التشخيص) ـ تشخيص الهيضة التى تم تكونها خصوصا فى زمن الوباء لا يوجد فيه صعوبة نعم توجد فى ابتداء الامر خصوصا اذا كانت الهيضة منعزلة وكذا اذا وجدت هيضة جنسية لا يوجد فيها السم الهيضى أو وجدت أحوال تسممية كالتسمم بالزرنيخ شبيهة بالهيضة والذى يذهب الشك ويحقق التشخيص هو وجود الباسيل الضمى فى مواد الغائط

(الانذار) ـ يلزم الطبيب ان لا يعطى رأيا فى الانذار ولو كان المرض خفيفا أو منحصرا فى اسهال أولى فانه يسبق الهيضة الشديدة ومتى كانت الاعراض ظاهرة فى الهيضة الاسفيكسيائية كان الانذار خطرا وعدد الموتى كثيرا ويصيب الموت فى بعض الاحيان عائلات أو سكان بيوت أو أزقة بتمامها فى زمن قريب وحينئذ يتعسر الاحصاء نعم يمكن ان يقال ان عدد الموتى يكون بين ٥٠ و ٧٠ فى المائة ومتى كان الانتهاء محزنا فالموت يصيب الثلثين تقريبا فى الدور الجليدى والثلث فى الهيضة التيفودية ويكون لدى الاطفال

والشيوخ

والشيوخ أكثر منه عند المتوسطين فى السن ثم ان الوسط والتدابير الصحية لها دخل فى انتهاء هذا المرض

(المعالجة) ـ يجب أولا الاعتناء بالوسائط الواقية من انتقال الهيضة الى مكان آخر كعزل المصابين عن غيرهم فى مكان لا اختلاط فيه وتبديد باسيل غائطهم بوضع محلول حمض الفينيك عليه ٥ فى المائة وتبخير ملابسهم وفرشهم وأمتعتهم وأحسن مطهر لها هو الحرارة ثم يعتنى بالوسائط الصحية كالاطعمة الجيدة ونقاء الهواء والماء

وأما الوسائط التحفظية الشخصية فمهمة وتنحصر فى تدارك أى نزلة معوية أو معدية فى زمن الهيضة بالمعالجة ويجب على كل شخص أن يساعد رجال الصحة فى تأدية أوامرهم زمن الوباء والافيون أحسن ما استعمل لمضاربة الهيضة وهو قاعدة العلاج المسمى بالنقط المعتادة للهيضة وأحسن تحضير له صبغة الافيون بان تعطى من ١٠ الى ٢٠ نقطة أو مسحوقه من ٣ الى ٥ سنتى كل ثلاث ساعات مرة والبعض يعطى جراما من صبغة الافيون مع ثلاثة جرامات من نبيذ عرق الذهب وكذا هذا التركيب

صبغة الواليريانا الايتيرية ١٠ جرام

زيت النعناع الفلفلى ٥ نقط

وبعض الاطباء يستعمل الزئبق الحلو فى ابتداء المرض من ٣ الى ٥ ديسى والحكماء الايطاليون يستعملون الحقن المتكررة من المركب الآتى

محلول التنين من ٣ الى ١٠ فى الالف

صمغ عربى ٣٥ جرام

صبغة الافيون ٢٥ نقطة

تعمل حقنا درجة حرارتها من ٣٠ الى ٤٠ ريومر

واستعمل فى مصر بنجاح ماء البصل وحده أو مع ماء النعناع عند بعض الاهالى ومتى كانت المرضى فى الدور الجليدى يلزم تدفئتها ودلك جلدها واعطاؤها من الباطن المشروبات الساخنة كالشاى والقهوى والامراق والنبيذ وتستعمل أيضا الحمامات الساخنة والخردلية ويقاوم القىء باستعمال الافيون مع الجليد ويقاوم التقلص المؤلم لسمانة الساقين

بالحقن بالمورفين وتستعمل الحقن الكافورية والاتيرية والشنبانيا التقوية ضربات القلب واجتهدوا فى تعويض الماء الذى فقد من الجسم بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة بملح الطعام ٦ فى الالف أو كربونات الصودا واحد فى الالف درجة حرارته ٣٨ وأما الغذاء فيلزم الاعتناء به زمن النوبة وبعدها بان تعطى الشرب الغروية والالبان والامراق والبسكويت ويعطى معها قليل من حمض الكلورايدريك وأما معالجة الهيضة التيفودية فتختلف بحسب ما يظهر من الاعراض والمضاعفات ولا داعى الى ذكر باقى الادوية التى استعملت لهذا المرض فانها قليلة الاهمية

(المبحث الثالث عشر فى الهيضة الاوروباوية)

هى الهيضة الجنسية أو النزلة المعدية المعوية الحادة الشديدة التى تشتبه بالهيضة الآسوية أحيانا ولذا ذكرناها هنا

(الاسباب) — هذا المرض يحصل فى الصيف خصوصا شهرى أغسطس وسبتمبر اللذين تكون فيهما أيام حارة تعقبها ليال باردة ويكون منفردا أو وبائيا ومن أسبابه البرد وعدم اتباع الشروط الصحية وتعاطى الثمار التى لم تنضج والمياه واللحوم غير الجيدة ويظهر أنه يوجد ميكروب عضوى له تأثير عفن فى هذا المرض وان لم يوجد شئ يؤيد ذلك لان الباسيل الذى وجده فنكلر يشابه الباسيل الذى وجده كوبسل فى أمعاء السليمين

(الاعراض) — يبتدئ هذا المرض بأعراض فجائية وقد يكون مسبوقا بفقد الشهية وتهوع وتظهر أعراضه الاولية ليلا فيستيقظ المريض مدركا انقباضا فى القسم الشراسيفى ويعقب ذلك تهوع وقئ يكون فى الابتداء ذا مواد غذائية ثم يصير أصفر أو سنجابيا ثم مائيا ويتكرر فى الليل عشرين مرة الى أربعين ثم يحصل حالا أو بعد القئ بقليل اسهال مصحوب بمغص وألم فى البطن ويشتمل فى الابتداء على مواد البراز ثم تتغير وتصير مائية عديمة الرائحة واللون فيها ندف بيضاء أو سنجابية شبيهة بالمواد البرازية فى الهيضة الآسوية بمعنى انها تكون دائما كثيرة ومائية ثم تظهر علامات الكلابسس ويبرد الجلد بعرق لزج وينكمش وتفقد مرونته فتبقى ثنياته مدة وتتغير السحنة حتى تتعسر معرفة المريض وتغور أعينه فى الحجاج وتحاط بهالة زرقاء مع ثبوت النظر بدون التفات ويدق الانف وتنخفض الاجفان

نصف انخفاض ولا يبقى بينها الا فتحة صغيرة ويصير النبض صغيرا دقيقا وتضع
القلب وكذا الصوت الذى تصير رنته كرنة صوت المصابين بالهيضة ويحصل ظ
التقلب فى الفراش والصريخ من شدة ألم الانقباضات العضلية التى توجد فى س
والفخذين والذراعين وقد تصحب هذه الانقباضات باهتزاز عضلى وينقطع ال
تقريبا ويشتمل على كثير من الزلال

(المدة) — هى من أربع وعشرين ساعة الى ثمانية وأربعين ثم يتناقص الا
ويسخن الجلد ويرتفع النبض ويزول انقباض العضلات وتعود ثانية ال
وكذا البول وحينئذ يحصل الشفاء الا أن الضعف يستمر أسابيع

(الانتهاء) — ينتهى بموت الاطفال والشيوخ دون الكهول وبموت ضعفا
يقف عندهم الاسهال والقئ ويزداد الكلابسس ويكون النبض غير مح
المرضى بحالة كوما

(التشخيص) — سهل عادة وعند الشك يبحث عن مواد الغائط بالميكروسكوب
أعراض هذا المرض مشابهة لاعراض التسمم بالطرطير المقيئ والزرنيخ والس
وحينئذ يلزم فى تحقيق التشخيص البحث الكيماوى عن مواد القئ والاسهال

(المعالجة) — تكون بالتحاضير الافيونية وتغطية البطن بلبخ ساخنة وا
بأوان مملوءة ماء ساخنا وتقاوم الآلام بالحقن المورفينية والعطش والقئ باع
من الجليد وهى أولى من ماء سلس والماء الحمضى اللذين يزيدان القئ ومن الج
بقماش جاف أو بمحلول الكؤل الكافورى ويعطى الكونياك والشمبانيا
لمضاربة الكلابسس أو يحقن تحت الجلد بالمركب الآتى

زيت اللوز الحلو	١٠ جرام
كافور	١٠ «

يعمل ثلاث حقن فى اليوم مع ملاحظة التغذية ومدة النقاهة

(المبحث الرابع عشر فى الملاريا)

يدخل تحت هذا الاسم الحميات المتقطعة والجليدية وذات النوبة الآجامية

بالحقن بالمورفين وتستعمل الحقن الكافورية والايتيرية والشنبانيا لتقوية ضربات القلب واجتهدوا فى تعويض الماء الذى فقد من الجسم بالحقن تحت الجلد أو فى الاوردة بملح الطعام ٦ فى الالف أو كربونات الصودا واحد فى الالف درجة حرارته ٣٨ وأما الغذاء فيلزم الاعتناء به زمن النوبة وبعدها بان تعطى الشرب الغروية والالبان والامراق والبسكويت ويعطى معها قليل من حمض الكلورايدريك وأما معالجة الهيضة التيفودية فتختلف بحسب ما يظهر من الاعراض والمضاعفات ولا داعى الى ذكر باقى الادوية التى استعملت لهذا المرض فانها قليلة الاهمية

(المبحث الثالث عشر فى الهيضة الاوروپاوية)

هى الهيضة الجنسية أو النزلة المعدية المعوية الحادة الشديدة التى تشتبه بالهيضة الآسوية أحيانا ولذا ذكرناها هنا

(الاسباب) – هذا المرض يحصل فى الصيف خصوصا شهرى أغسطس وسبتمبر اللذين تكون فيهما أيام حارة تعقبها ليال باردة ويكون منفردا أو وبائيا ومن أسبابه البرد وعدم اتباع الشروط الصحية وتعاطى الثمار التى لم تنضج والمياه واللحوم غير الجيدة ويظهر أنه يوجد ميكروب عضوى له تأثير عفن فى هذا المرض وان لم يوجد شئ يؤيد ذلك لان الباسيل الذى وجده فنكلر يشابه الباسيل الذى وجده كوبسل فى أمعاء السليمين

(الاعراض) – يبتدئ هذا المرض بأعراض فجائية وقد يكون مسبوقا بفقد الشهية وتهوع وتظهر أعراضه الاولية ليلا فيستيقظ المريض مدركا انقباضا فى القسم الشراسيفى ويعقب ذلك تهوع وقئ يكون فى الابتداء ذا مواد غذائية ثم يصير أصفر أو سنجابيا ثم مائيا ويتكرر فى الليل عشرين مرة الى أربعين ثم يحصل حالا أو بعد القئ بقليل اسهال مصحوب بمغص وألم فى البطن ويشتمل فى الابتداء على مواد البراز ثم تتغير وتصير مائية عديمة الرائحة واللون فيها ندف بيضاء أو سنجابية شبيهة بالمواد البرازية فى الهيضة الآسوية بمعنى انها تكون دائما كثيرة ومائية ثم تظهر علامات الكلابس ويبرد الجلد بعرق لزج وينكمش وتفقد مرونته فتبقى ثنياته مدة وتتغير السحنة حتى تتعسر معرفة المريض وتغور أعينه فى الحجاج وتحاط بهالة زرقاء مع ثبوت النظر بدون التفات ويدق الانف وتنخفض الاجفان

نصف انخفاض ولا يبقى بينها الا فتحة صغيرة ويصير النبض صغيرا دقيقا وتضعف ضربات القلب وكذا الصوت الذى تصير رنته كرنة صوت المصابين بالهيضة ويحصل ظمأ لا يطفأ مع التقلب فى الفراش والصريخ من شدة ألم الانقباضات العضلية التى توجد فى سمانة الساقين والفخذين والذراعين وقد تصحب هذه الانقباضات باهتزاز عضلى وينقطع البول بالكلية تقريبا ويشتمل على كثير من الزلال

(المدة) – هى من أربع وعشرين ساعة الى ثمانية وأربعين ثم يتناقص الاسهال والقئ ويسخن الجلد ويرتفع النبض ويزول انقباض العضلات وتعود رنة الصوت المعتادة وكذا البول وحينئذ يحصل الشفاء الا أن الضعف يستمر أسابيع

(الانتهاء) – ينتهى بموت الاطفال والشيوخ دون الكهول وبموت ضعفاء البنية الذين يقف عندهم الاسهال والقئ ويزداد الكلابس ويكون النبض غير محسوس وتموت المرضى بحالة كوما

(التشخيص) – سهل عادة وعند الشك يبحث عن مواد الغائط بالميكروسكوب وقد تشاهد أعراض هذا المرض مشابهة لاعراض التسمم بالطرطير المقيئ والزرنيخ والسليمانى الاكال وحينئذ يلزم فى تحقيق التشخيص البحث الكيماوى عن مواد القئ والاسهال

(المعالجة) – تكون بالتحاضير الافيونية وتغطية البطن بلبخ ساخنة واحاطة المريض بأوان مملوءة ماء ساخنا وتقاوم الآلام بالحقن المورفينية والعطش والقئ باعطاء قطع صغيرة من الجليد وهى أولى من ماء سلس والماء الحمضى اللذين يزيدان القئ ومن الجيد دلك الجسم بقماش جاف أو بمحلول الكؤل الكافورى ويعطى الكونياك والشمبانيا بملعقة القهوى لمضاربة الكلابس أو يحقن تحت الجلد بالمركب الآتى

زيت اللوز الحلو	١٠	جرام
كافور	٠١	«

يعمل ثلاث حقن فى اليوم مع ملاحظة التغذية ومدة النقاهة

(المبحث الرابع عشر فى الملاريا)

يدخل تحت هذا الاسم الحميات المتقطعة والجليدية وذات النوبة الآجامية

(الاسباب) – ينشأ هذا المرض من الاصل المرضى الذى يوجد فى الاماكن التى تجعل سكانها عرضة للاصابة به ولذا لا ينمو عند المصاب به اذا انتقل الى محل آخر خال عن الشروط المساعدة على نموه ولا تحصل العدوى به لكن قال بعضهم يمكن انتقال هذا المرض بحقن دم مريض فى سليم وأغلب جهات الارض عرضة للاصابة به ماعدا جهتى القطبين وان اختلفت كثرة وقلة والارض محل لنمو سم هذا المرض والحرارة تساعد على ذلك وكذا الرطوبة الدائمة وكثرة المياه الراكدة وتغطيتها سطحا متسعا من الارض ولذا كثر فى البلاد الجنوبية زمن الصيف وهذا السم يدخل فى الجسم بواسطة اختلاطه بالطبقة السفلى من الهواء مع هواء الشهيق

وبالبحث عن طبيعة هذا السم وجد انه نوع من الباسيل يوجد فى الارض مع خلاياه الجنينية واذا لقح للارنب أحدث حمى ذات نوبة وضخامة فى الطحال ومادة ملونة وقيل وجد هذا الباسيل فى دم وطحال المصابين بالحمى الآجامية الأ أن ذلك يتوقف على بحث وجميع الاشخاص عرضة لهذا الداء على اختلاف نوعهم وبلدهم وسنهم ومن أصيب به مرة كان عرضة لأن يصاب به مرة أخرى وتعتدل صحته اذا انتقل الى بلاد خالية عنه ويصاب به اذا انتقل الى بلاد بها آجام ومدة التفريخ من ٦ أيام الى ٢٠

ونذكر الامراض المندرجة تحت الملاريا فنقول

(أولا الحمى المتقطعة) – هى أخف من الامراض الآجامية وتتصف بكونها ذات نوبة قصيرة ذات طرز منتظم وهذه النوبة تكون فى ابتداء المرض وأحيانا يكون فى ابتدائه أعراض هجوم كلل وفقد شهية وألم الرأس والقفا والاطراف واضطراب العصب وازدياد حجم الطحال ولكل نوبة ثلاثة أدوار دور البرودة ودور الحرارة ودور العرق

فدور البرودة يتصف بقشعريرة وارتعاش وبرودة فى الجلد وبهاتة لونه وتمكث القشعريرة والبرودة ساعة أو ساعتين ويصير الوجه سيانوزيا غالبا الأ أن الحرارة تزداد فى داخل الجسم ويبتدئ هذا الدور قبل الظهر كثيرا او بعده أو فى المساء نادرا

ودور الحرارة يسخن فيه الجلد ويجف فيحتقن الوجه ويسخن النبض ويمتلئ وتزداد ضربات القلب وترتفع درجة الحرارة حتى تبلغ ٤٠ أو أكثر وتستمر من ٣ ساعات الى ٥ ثم تتنازل

ودور العرق يصير فيه الجلد رطبا ثم يحصل عرق غزير عمومى وتحسن حالة المريض وتنزل درجة الحرارة فى أقل من ساعة وتصل الى الدرجة المعتادة فى ثمانية أو اثنتى عشرة تقريبا وقد تنزل الى ٣٦ والعادة فى صعودها ان يكون أسرع من نزولها

ونوبة هذه الحمى ان حصلت كل يوم مرة تسمى بالحمى المتقطعة اليومية أو كل يومين وهو الغالب تسمى بالحمى الثلاثية أو كل ثلاثة أيام تسمى بالحمى الرباعية الخ وان حصلت مرتين فى اليوم وهو نادر تسمى اليومية المزدوجة واذا وجدت بقوة كل يومين مرة وبضعف فى الايام التى بينهما تسمى ثلاثية مزدوجة ويجوز أن النوبة لا تحصل دائما فى ساعات متوافقة فتسمى متأخرة أو متحيرة ومتى اختلفت النوب يزداد حجم الطحال خصوصا فى زمن النوبة ويصير حساسا ولا يزول حجمه الا بعد مدة وأما ازدياد حجم الكبد فنادر وقد ترسب مواد ملونة فى الجلد ويجوز حصول طفح جلدى كالهربس مثلا وأما حصول يرقان فى الحمى المتقطعة البسيطة فنادر وكذا يندر حصول تغير فى اعضاء أخرى كتمدد حاد فى القلب يشاهد كثيرا مدة النوبة ويزول بعدها ويحصل نفخ خفيف وتبدو من الرئة زمن النوبة علامات الالتهاب الشعبى الجاف ويحصل اسهال ويرقان نزلى ويشتمل البول أحيانا على زلال وقليل من البولينا ويجوز أن لا تشتمل على تمام الثلاثة الأدوار السابقة

(ثانيا الحمى المتقطعة الخبيثة) – هذا الشكل لا يشاهد الا فى الجهات الآجامية وتسبقه نوب حمية حميدة ثم تظهر نوبة خطرة تنتهى بالموت وظواهرها المرضية الثقيلة ترتبط بالمجموع العصبى ويشاهد فزع وكوما وهذيان وتقلص ذو طبيعة صرعية أو تيتانية وهذه الظواهر لا تمكث زيادة عن مدة النوبة واذا كانت عاقبتها حميدة تنتهى بحصول عرق غزير وحينئذ يحصل خطرها من تكرار النوب ولهذا المرض شكل تحصل فيه أعراض خطرة من جهة المعدة والامعاء ويلتبس بشكل الهيضة الجليدية ويوجد قىء واسهال وخمود وقد توجد أعراض الدوسنتاريا وأعراض من جهة القلب واذا حصل يرقان مدة النوبة تسمى الحمى بالحمى المتقطعة الصفراوية

(ثالثا الحمى الدائمة أو المترددة) – هذا الشكل كالحمى المتقطعة لا يوجد الا فى الجهات الآجامية وسببه سبب الحمى المتقطعة وأعراضه تشبه أعراض التسمم العمومى للجسم

والحمى هنا شديدة مصحوبة بظواهر معدية معوية أو ظواهر عصبية أو صفراوية مع نزيف كلوى ولا تكتسب الشكل المتقطع المنتظم بل تكون مترددة أو مستمرة أسبوعا أو أسبوعين وشكلها الجيد يشفى منه بعد ثمانية أو أربعة عشر يوما والافيحصل الموت بعد هذه المدة وفى جميع هذه الامراض الآجامية تتكون مادة ملونة يسهل استكشافها فى الدم بالنظارة المعظمة وتكون على شكل حبوب صغيرة مستديرة أو قشور أكبر منها منفردة أو منحصرة فى خلايا كالكرات البيضاء للدم وفى الرمة تستكشف فى الطحال بسهولة لكثرتها فيه وهى مجاورة للاوعية أو خلايا الطحال وتوجد أيضا فى الكبد والعقد الليمفاوية ونخاع العظام والكليتين والرئتين والمخ الخ ولا يعرف الآن كيفية تكون هذه الحبوب الملونة فى الكرات الدموية ويحتمل ان الميكروب الذى دخل فى هذه الكرات يكون له تأثير فى تكوينها

واذا طالت هذه الامراض تنتهى بحصول كاشكسيا

(رابعا الحمى الآجامية المزمنة) – تشاهد بكثرة فى البلاد الآجامية والمصابون بها يكونون ضعفاء البنية ذوى لون أصفر آجامى مخصوص وطحالهم متمدد يعرض لهم تهوع واسهال ويندر أن يكون امسالئ وأرق وعرق متكرر وآلام عضلية ومفصلية وضيق نفس وخفقان واضطراب من جهة المجموع العصبى كاهتزاز وشلل واضطراب فى القوى العقلية واستسقاء وأنزفة أنفية وجلدية وتدرن واستحالة نشوية ودوسنتاريا بها انتهاء حياة المريض

(خامسا الحمى الكامنة) – هى حمى خافية توجد فيها أحوال مرضية تظهر على شكل نوب منتظمة متقطعة كالآلام العصبية مثل آلام الفرع العصبى الجبهى والتوأمى الثلاث والعصب الفخذى والوركى وعصب الذراع وكآلام الاعصاب القلبية ذات الطرز المتقطع وهذه النوب تمكث من نصف ساعة الى عدة ساعات وتصطحب باضطراب فى الحالة العمومية وتزول بدون حمى ولا تصطحب بزيادة حجم الطحال وذكروا من الامراض الآجامية أحوالا مرضية دورية ذات طبيعة أخرى كفقد الاحساس والشلل والانزفة الخ لكن لم يثبت اندراجها تحت هذه الامراض

(التشخيص) – يصعب فى الابتداء تشخيص الحمى المتقطعة فى مكان لم تكن متسلطنة

فيه

فيه ويعين عليه مشاهدة المريض وتكرار النوب وضخامة الطحال والدور الخاص بالجلد وتتكون النوبة المعتادة من دور قشعريرة ودور حرارة ودور عرق ويحتمل أن الحمى تكتسب فى الاول شكل الحمى المتقطعة ثم تتغير بوجود آفة أخرى كما يشاهد ذلك فى الامتصاص الصديدى البطىء الناشئ عن الالتهاب الوريدى التقيحى والالتهاب الحاد التقرحى للغشاء الباطن للقلب وكذا التدرن ولذا وجب عدم ذكر التشخيص مجملا خصوصا اذا كانت الحمى المتقطعة غير منتظمة وعند الاشتباه يستعمل ملح الكينا فانه يحقق التشخيص وذلك كالحالة التى لا تزول فيها الحمى بعد تعاطى كثير من الكينين لما فيها من توهم أن الحمى ليست آجامية

(المعالجة) – ملح الكينا مؤثر فى الاصل المحدث للحمى تأثيرا ناجحا ولذا كان هو الدواء الوحيد فى جميع الحميات الآجامية ويجب على المريض أن يمكث فى الفراش ويتدفأ وقت القشعريرة ويحفظ نفسه من شدة الحر فى زمن الحرارة ومتى علم أن الحمى متقطعة يتعاطى من الكينا قبل حصول النوبة بخمس أو ست ساعات ١,٥ جرام أو جرامين فى برشام وبكل برشامة نصف جرام واذا أعطيت على شكل مسحوق ناسب اعطاء نقط من حمض الكلورايدريك فى كمية من الماء ومتى تعاطى المريض مقدارا وافيا من ذلك لا تعود النوبة واذا عادت تكون أخف من الاولى وحينئذ يتعاطى الدواء ثانيا واذا انقطعت النوبة يتعاطى فى جملة أيام نصف جرام كل يوم ومن مركبات الكينا الكونشينين المتمتع بخواص الكينا وهو أشد من الكينين فى احداث القىء وأما الجواهر الاخرى كالكينويدين والسنكونين فاضعف تأثيرا من الكينين الذى اذا أعطى منه مقدار زائد نجح فى الحمى المتقطعة الخبيثة والحمى الكامنة والحمى المترددة والمستمرة والكاشكسيا الآجامية وفى الاحوال التى لا ينجح فيها الكينين يستعمل الزرنيخ خصوصا فى الكاشكسيا الآجامية والامراض العصبية المتقطعة ويستعمل وحده أو مصحوبا بمركبات الحديد ويعطى خمس نقط الى ثمان من سائل فوللر فى كمية من الماء أو اثنان الى ثلاثة مليجرام من حمض الزرنيخوز ويزاد هذا المقدار حتى يبلغ عشرة مليجرام ويستعمل مغلى الليمون كثيرا فى ايطاليا لمضادة الكاشكسيا الآجامية التى تضاد أيضا بأدوية أخرى كثيرة وقد استعملنا بنجاح مغلى حب البن الاخضر المضاف اليه عصارة الليمون

(المبحث الخامس عشر فى التيفوس الدماغى الشوكى)

هذا المرض يعرف أيضا بالالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى ولم يعرف الا فى ابتداء هذا القرن وشوهد وباؤه أولا بفرنسا ونجيف ثم فى المانيا ثم النيمسا وقد تشاهد أحواله منعزلة

(الاسباب) - يظهر فى الشتاء والربيع ويشاهد كثيرا فى أوروبا بحالة وبائية أو منعزلة فى القوشلاقات والفابريقات وقد شاهدته فى مصر بحالة منفردة فى المعسكرات ولم تثبت العدوى به فان المريض لا ينشره فى مكان خال عنه ويصيب الاطفال والشيوخ والرجال والنساء على السواء وطبيعته العفنة تستنتج من صفاته الوبائية وغير الوبائية ومن سيره ولم يعرف الى الآن أصله العفن وكيفية تأثيره وان شاهدوا فى متحصل نضحه الالتهابى القيحى ميكروكوكوس يظن أن طريق الاصل المعدى له هو الانف والصفيحة الغربالية للمصفاة

(الاعراض والسير) - يندر أن يسبق باعراض هجوم كملل وألم فى الرأس والاطراف ويغلب أن يبتدئ فجأة بألم شديد فى الرأس يشغل غالبا المؤخرى ويصحبه صلابة فى القفا واستلقاء على الظهر وقيء ثم يحصل اضطراب عصبى وفزع وهذيان مع وجود حمى من الابتداء وبعد ظهور هذه الاعراض يختلف سير المرض فيكون تارة على الشكل التحت حاد وفيه توجد الاعراض السالفة وتارة على الشكل الصاعق وفى هذا يموت المريض بعد ساعات أو أيام قليلة لشدة الاعراض العصبية وتارة على شكل اجهاض يبتدئ بأعراض شديدة خطرة فى الظاهر الا أنها تلطف بعد أيام ومدة الاحوال المتوسطة أسبوعان أو أربعة والاحوال الثقيلة أسبوع وقد يكون سير المرض بطيئا فيمكث ستة أسابيع الى ثمانية وفى هذه الحالة ينتهى بالشفاء تارة والموت أخرى وبالجملة أعراض هذا المرض تنحصر فى ظواهر عمومية خطرة من جهة المخ والنخاع فالتى من جهة المخ هى الالم العصبى الدماغى والالم الشديد فى القفا والاحساس بضغط شديد على مسير العمود الفقرى مصحوب بانقباض العضلات الباسطة له مع اتجاه الجذع وانحناء الرأس الى الخلف والاضطرابات العصبية المخية كالهذيان والكوما والتشنجات العصبية تحصل قبل الموت بيوم ويضاف الى ذلك القيء والاعراض التى تشاهد فى أعصاب الدماغ كالاعصاب المحركة العينية وعدم انتظام

حركة

حركة العين وضيق أو اتساع الحدقة وانقباض عضلات الوجه وتشنج العضلة المضغية واضطراب أعصاب الأذن مع الالتهاب وكذا اضطراب العصبين البصريين وفقد الاحساس الشمى وزيادة احساس الجلد وانقباض العضلات وجميع هذه الظواهر العصبية يتعلق بتأثير جذوع الاعصاب من النضح الالتهابى القيحى للسحايا ومن امتداد الالتهاب من المراكز العصبية لها وبذلك يفسر أيضا حصول الفالج والشلل النصفى والتشنج الجزئى والبكم وقد أبدى بعض المؤلفين أهمية لوجود الهربس الشوكى أو الوجهى الذى يظهر فى نصف الاحوال المرضية ويظهر أيضا بعد طفح جلدى وشوهد فى بعض الاحوال انتفاخ مفصلى متعدد وأما اصابة الجهاز البولى فنادرة وقد شوهد زلال وبعض اسطوانات فى البول وزيادة افراز البول العصبية أكثر من الزيادة المرضية وقد يوجد السكر فى البول وأما الظواهر المرضية التى تشاهد من جهة الجهاز التنفسى والدورى فثانوية وليس للحمى هنا طرز منتظم ولا ارتباط بخفة أو شدة المرض فتكون تارة متقطعة وأخرى مترددة أو مستمرة ولا يتيسر هنا استقصاء أحوال وأعراض هذا المرض الذى قد تعقبه أمراض أخرى تابعية مجلسها الأذن والأعين واستسقاء مزمن فى الدماغ او اضطراب موضعى أو فالج او شلل او بكم الخ

(التشريح المرضى) - التغيرات المرضية المهمة لهذا المرض هى التى تشاهد فى الالتهاب التقيحى لاغشية المخ والنخاع وتشاهد مجالس هذه التغيرات فى غلافات السطح العلوى للمخ وقاعدته ويزداد وضوحا على مسير الاوعية الغليظة وفى النخاع تشاهد فى الجزء الخلفى لغلافه خصوصا فى القسم القطنى وليست التغيرات الالتهابية قاصرة على غلافات المخ بل تمتد الى المخ والنخاع واذا بحث عن السائل النضحى بالميكروسكوب ترى فيه خلايا قيحية كثيرة وفى نقط تكون بورات صغيرة حقيقية وخراجات وبعض انزفة وتكون بطينات المخ غالبا مملوءة سائلا شفافا مصليا قد يضطرب ويوجد فيه قيح

(التشخيص) - يسهل بوجود الاعراض السالفة ان كان المرض بحالة وبائية ويصعب ان كان بحالة انفراد والمهم فى التشخيص معرفة وجود أعراض عصبية فجأة وآلام الرأس والنخاع ويبوسة القفا والهربس الشفوى ثم الالتفات الى التهابات الاذن المتوسطة التى

يعقبها التهاب سحائى لتميزها عن هذا المرض كما يجب أيضا تميز الالتهاب السحائى الدرنى عنه بعلامات أخرى تدل على وجود التدرن ومجالسها الرئتان أو الاعضاء الاخرى ويقال ان وجود الهرس يساعد على تشخيص الالتهاب السحائى الوبائى لوجوده معه فى معظم الاحوال ويلزم أيضا تميز هذا المرض عن الامراض التيفوسية الخبيثة المتصفة بأعراض أخرى

(الانذار) — يتعلق بوجود الاعراض الخطرة المخيفة وبالجملة يلزم الاحتراس فى جميع الاحوال ولو خفيفة

(المعالجة) — هى هنا عرضية لعدم وجود دواء خاص بهذا الداء وأحسن شئ هو الوضعيات الجليدية على الرأس والقفا والعمود الفقرى والاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق والحجامة خلف الاذنين وعلى طول العمود الفقرى واستعمال المرهم الزئبقى دلكا والمخدرات لتسكين الآلام وتخفيف الهذيان والكلورال وبرمور البوتاسيوم وكذا يودور البوتاسيوم من جرام الى اثنين فى اليوم وتعالج الاعراض بما يناسبها

(المبحث السادس عشر فى الحمى الصفراء)

توجد فى الهند الغربى خصوصا فى الانتيل الكبرى الموجودة فيها من القرن السابع وتوجد جنسية على شواطئ نهر الميكسيك وشواطئ افريقية فى السير اليونى وعرفت وقت استكشاف أمريكا ولا نطيل فى شرحها لعدم وجودها ببلادنا والحمد لله

(الاسباب) — تنتقل العدوى بهذا المرض الى بلاد أخرى بواسطة السفن ولذا وجد فى بعض نقط من أوروبا والوسائط غير الصحية تساعد على ظهوره ولم تعرف الى الآن طبيعة الاصل المعدى ويجوز أن يكون ميكروبا عضويا

(الاعراض) — تختلف مدة التفريخ فقد تكون بعض ساعات أو بعض جمع ويبتدئ هذا المرض بملل وفقد شهية والغالب أن يبتدئ فجأة بقشعريرة واحدة أو متكررة ثم تظهر حرارة تصل الى ٤٠ مئينية ويرتفع النبض الى ١٢٠ وتحصل فى الرأس ضربات شديدة مع ألم فى القفا غير محتمل ثم تحتقن الملتحمة ويثبت النظر ويتغطى اللسان بطبقة رمادية أو مصفرة وتفقد الشهية بالكلية ويشتد العطش ويحصل قلس أو قئ متكرر

وتضعف

وتضعف المرضى وتحمر وتصير رائحة جلدها رمية ثم تحس بآلام شديدة فى قسم القطن والعضلات والمفاصل وتتغير اللثة وتصير رخوة دامية عرضة لتكون خراجات وتظهر أعراض نزلية من جهة المسالك الهوائية هذا ما يكون فى الدور الاول الذى مدته من يومين الى أربعة وأما مدة الدور الثانى الذى هو دور الانحطاط فيومان وفيه يحصل للمرضى عرق غزير وفى بعض ساعات تتنازل درجة الحرارة الى المعتاد وكذا النبض فتستريح المرضى وتظن قرب شفائها لكن الحمى تعود فتدخل المرضى فى الدور الثالث وهو دور تغير الدم ومدته ثلاثة أيام وفيه يظهر يرقان شديد خطر ويصفر بعض الملتحمة ويمتد الاصفرار الى الجلد ولذا سمى هذا المرض بالحمى الصفراء ويصير البول أصفر داكنا خاليا عن الحوامض الصفراوية أحيانا مشتملا فى الغالب على زلال وتأثيره حمضيا ثم يقف افراز البول ويحصل الموت بالتسمم البولى ويتصف هذا الدور بتكون الانزفة الجلدية والانفية فى المسالك الهوائية والهضمية ولذا يوجد قئ مصحوب بدم أسود وباضطراب الجسم والوظائف يدل على قرب الموت

(التشريح المرضى) — يوجد فى جثث الموتى اللون الاصفر الذى وجد زمن الحياة وتيبس الرمة سريعا ويوجد فى الانسجة والاعضاء بورات دموية ويكون القلب رخوا باهتا قابلا للتفتت والدم المشتمل عليه مائعا عديم الجلط والكبد زائدا أو ناقصا وقد يكون حافظا لحجمه رخوا غير متلون وهيئته تشبه هيئة الضمور الاصفر الحاد وبه استحالة شحمية ظاهرة والحويصلة المرارية خالية من الصفراء أو تشتمل على صفرة سميكة مسودة وفى اللثة استحالة شحمية والكليتان كبيرتا الحجم محتقنتان أو بهما بورات دموية

(التشخيص) — ليس بعسر فى البلاد التى يوجد فيها هذا المرض وقد يشتبه فيها بالحمى التيفودية ذات الشكل الصفراوى ويتميز عنها بازدياد حجم الكبد والطحال فيه وبوجود ميكروب حلزونى فى الدم عند البحث وبالتسمم بالفوسفور وأما سوابق المريض والرائحة الثومية لنفسه والفوسفور المشتملة عليه مواد القئ فتزيل لكل شك وكذا يشتبه باليرقان الخطر الذى يوجد فى أوروبا الآن أسبابهما ليست واحدة

(الانذار) — هذا المرض خطر وعدد المتوفين به ٧٥ فى المائة

(المعالجة) - الوسائط الواقية من هذا المرض هى التبخير والكورنتينا على السفن الآتية من البلاد التى هو فيها وكذا يفعل ذلك بالبلاد التى ظهر فيها وأما الوسائط الدوائية فهى فى الدور الاول المسهلات والحمامات والاغذية السائلة وأوصى بعض الاطباء باستعمال الكينين والساليسليك والطرطير المقىء

(المبحث السابع عشر فى الدفتيريا أى قرحة الحلق)

هذا اللفظ بالنسبة للطب العملى يطلق على مرض عفن حاد مخصوص يتصف بالتهاب كروباوى دفتيرى مجلسه البلعوم والجزء العلوى من الجهاز التنفسى وأما بالنسبة للتشريح فيطلق على شكل التهابى يصيب أغلب الاغشية المخاطية والغشاء المعوى والمثانى

والصفة التشريحية المميزة للالتهاب الكروباوى الدفتيرى حدوث نضح التهابى من الغشاء المخاطى المصاب فينعقد ويكون غشاء أبيض سنجابيا ذا قوام مرن سهل الانفصال عن الغشاء الملاصق له وأحيانا يرتشح النضح الالتهابى فى سمك الغشاء المخاطى المرتكز عليه الغشاء الدفتيرى

والذى يميز الآفة الكروباوية عن الدفتيريا هو تكون غشاء الكروب على سطح الغشاء المخاطى المعرى عن الطبقة البشرية وأما الدفتيريا فتتكون على سطح الغشاء المخاطى الخالى عن منسوجه وعن الطبقة البشرية التى فوقه لاما تهما وانفصالهما من هذا الغشاء يكون بالتقيح فينتج من ذلك ان فقد الطبقة البشرية ضرورى لتكون الآفة الكروباوية ثم تتجدد عند الشفاء من البشرة المجاورة واما فى الدفتيريا فتفقد البشرة ومنسوج الغشاء الذى أسفلها وعند الغشاء تتكون ندبة (فاجنير) وغيره

(الاسباب) - منها المؤثرات التى ينشأ عنها تلف البشرة والتهاب سطح الغشاء المخاطى وذلك يحصل من احتكاك المواد البرازية الصلبة والحصيات الصفراوية والبولية ومنها المهيجات الكيماوية الكاوية خصوصا النوشادر والحوامض والمواد السمية العفنة التى منها الاصل العفن المعدى للدفتيريا البلعومية فقد تحقق ان الاصل المعدى لها هو من السموم العضوية الا أنه يكون مختلطا بجملة ميكروبات عضوية ذات طبيعة مختلفة أتى

بعضها

بعضها من الفم وبعضها من البلعوم ولا يتميز عنها الا بعسر ومشقة ومع ذلك فقد أظهرت هذا الاصل الابحاث الجديدة للدوكتور (لوفلير) بسبب وجوده وجودا نادرا فى متحصلات الفم وهو عبارة عن ميكروب قشى أحد طرفيه منفتح وأثبت ذلك بتلقيحه فى الحيوانات الذى حدث منه مرض مشابه للدفتيريا

ومن الاسباب الطفولية لان الاطفال متى تجاوزت العشر سنين لا تصاب بهذا المرض الا نادرا ويشاهد فى المدن كثيرا بحالة انفراد أو حالة وباء ومنها العدوى وان كانت الاطباء لم تتفق على حقيقة سبيلها عند الانسان لانه اعتبر حصولها بطريق الهواء المتحمل بالاصل المعدى عند استنشاق الاشخاص له وبذلك يصل الى البلعوم والحنجرة فيتشبث على سطح الغشاء المخاطى ويبتدئ بتكوين بؤرة مرضية موضعية ثم يسرى منها الى الجسم وهذا لا يمنع كون الاصابات الثانوية أكثر أهمية وخطرا من الاصابات الاولية وهى التى يقال لها الدفتيريا العفنة بسبب ان (لوفلير) وجد فى الاعضاء المصابة عين الميكروكوكوس العفن الذى ذكره سابقا وأن (فرنكل) قال انه يشبه الميكروب المسمى استربتوكوكوس المولد للقيح ومن أسباب العدوى وجود شخص امام مريض حين سعاله وكذا مص أنبوبة القطع الحنجرى عند المصابين به وذلك يحصل عند الاطباء والممرضات ويجوز أن تحصل العدوى بوسائط أخرى كالملابس واللعبة وما أشبه ذلك لان الاصل المعدى يقاوم المؤثرات الجوية كثيرا ويتكاثر عدده أيضا

(الاعراض والسير) - مدة تفريخ الدفتيريا يومان أو ثلاثة فقط ويبتدئ المرض بملل عمومى وألم رأسى وحمى وعسر فى الازدراد لكن فى أغلب الاحوال لا تحس المرضى بآلام الحلق خصوصا الاطفال المتقدمين فى السن ولذا يجب على الطبيب الاعتناء ببحث حلق الاطفال الذين يشتكون باضطرابات عمومية غير محمودة ومتى ابتدأت الدفتيريا يشاهد احتقان فى غشاء اللهاة المخاطى وانتفاخ فى اللوزتين والغلصمة وقوائم اللهاة ويندر فى الجدار الخلفى للبلعوم ثم يظهر عليها طلاء أبيض رمادى ملتصق التصاقا متينا بالغشاء المخاطى ثم يمتد الى الاجزاء المجاورة وفى الاحوال الخطرة يسرع الامتداد وتحتقن العقد اللينفاوية القريبة من زاوية الفك ويزداد الملل العمومى وتحير الاطفال وتفقد شهيتها

وتقايأ أحيانا وهذا المرض تصطحبه حمى غير منتظمة تصل درجة حرارتها الى ٤٠ وزيادة ويشتمل البول على قليل من الزلال

والى هنا يختلف سير المرض فاذا كانت الحالة خفيفة حسناء وقف سير الاعراض بعد جمعة أو عشرة أيام ويظهر التحسين أما اذا كانت الحالة خطرة فتشتد الاعراض ويسعى المرض الى الاعضاء المجاورة فيمتد الى الانف (الالتهاب الانفى الدفتيرى) وهو يتصف بسيلان مواد مخاطية كثيرا وبخروج بعض أغشية كاذبة وبتكون قروح تدمى أحيانا وقد يمتد المرض من جهة أخرى الى الحنجرة فيحدث عوق التنفس لان حنجرة الاطفال صغيرة القطر وقد يمتد الى البلعوم (الالتهاب البلعومى الكروباوى الصاعد) كما يمتد أيضا الى القصبة (الالتهاب القصبى الكروباوى) ونعنى باسم الكروب الصاعد الحالة التى تصاب فيها الحنجرة أولا والبلعوم ثانيا ويصحب كل آفة من هذه المضاعفات أعراضها زيادة عن ان الصوت يخشن ويصير أبح ويحصل سعال كعواء الكلاب ويتعسر التنفس ولا يتم الا بمجهود ومن ذلك يحصل للاطفال ضيق وتنبيه زائد وهيجان واصفرار فى الوجه مع زرقته وقد يحصل شلل فى عضلات الحنجرة وقد يسمع صوت اثناء التنفس ناتج عن تقطيع الهواء على غشاء كاذب لم يتم انفصاله من الحنجرة ولذا لا يدخل الهواء الكافى فى الرئتين ومتى انفصلت الاغشية الكاذبة المتكونة يسهل التنفس وبقاؤها يتعسر ويحصل التسمم بالكربون ويصغر النبض ويصير غير منتظم وبعد حصول بعض تشنجات يموت الطفل وقد يحصل تسمم عمومى للجسم مصحوب باعراض عصبية بدون أن توجد أعراض ضيق أو انسداد فى مجارى الهواء وأحيانا يكون هذا سببا للوفاة ونضيف الى ما ذكر اصابة بوقا استاكيوس والاذن المتوسطة وسقف الحنك واللثة والشفتين والقناة الدمعية والملتحمة ويندر وصوله الى المرىء وجائز ظهوره كذلك على الجلد خصوصا اذا كان به بعض تسلخات وكذا على أعضاء التناسل ويصحبه حينئذ اسهال وانتفاخ فى المفاصل ويلزم الالتفات للقلب والكليتين حذرا من وقوف ضربات القلب فيحصل الموت ولو كان فى مدة النقاهة ويكون سبب ذلك وجود بورات التهابية تابعة فى الطبقة المتوسطة للقلب بل من الجائز اصابة عضلات القلب ويعرف الالتهاب الكلوى الدفتيرى بأعراضه

(المضاعفات) – قد توجد مضاعفات عصبية فى الدفتيريا حتى فى مدة النقاهة غير التى ذكرناها فى الاعراض وذلك كالشكل الدفتيرى الذى يطرأ بعد أسبوع أو أسبوعين فيحصل شلل اللهاة وتغير الصوت ويتعذر الازدراد بسبب خروج السائل من الانف وتضعف حساسية الغشاء المخاطى البلعومى وكشلل الاحبال الصوتية لجهة واحدة أو لجهتين معا وكشلل العضلات المحركة للعين خصوصا العضلة المكيفة وكشلل القلب وقد يشاهد وجود شللين معا كما يشاهد اختلال فى حركة الاطفال لا يصل الى الشلل التام

(التشخيص) – يسهل التشخيص بمعرفة الاعراض العمومية والموضعية التى ذكرناها خصوصا متى وجدت الاغشية الكاذبة ذات اللون الابيض المخصوص المغطية للوزتين واللهاة ويسهل أيضا اذا اكتسب المرض حالة وبائية

(الانذار) – هذا المرض وان كان خفيفا خطر ولو فى مدة النقاهة حيث يخشى من شلل القلب

(المعالجة) – تستعمل الحمية فلا يعطى الا المرق والبيض واللبن المبرد بعد غليه ويستعان على اطلاق البطن بالمسهلات وبعضهم يعالج المرض معالجة موضعية فيستعمل محلول نترات الفضة واحد فى ١٠٠ ومحلول السليمانى من ٥ الى ٢٠ سنتى فى ٣٠ جرام من الماء وبعضهم يستعمل حمض الكربونيك وبعضهم يستعمل محلول كلورور الحديد ويغسل بحمض البوريك الحلق والانف وتستعمل غراغر كلورات البوتاسا وحمض الكربونيك عند الاطفال المتقدمين فى السن والكهول وعند عدم القدرة على استعمال الغراغر تستعمل المحاليل المكونة من ماء الجير والماء المقطر أجزاء متساوية أو محلول حمض الطعام أو الماء الفينيكى من واحد الى اثنين فى المائة وهذا لا يتحمله المريض أحيانا وقد استعمل المس بمحلول البابايين المكون من ٥ منه فى ١٠٠ جرام من الماء لذوبان الاغشية الكاذبة ومع استعمال هذه الادوية الموضعية وغيرها يلزم استعمال أدوية من الباطن وأحسنها كلورات البوتاسيوم فيستعمل منها جرعة مكونة من واحد الى ثلاث فى المائة ويعطى منه الاطفال كل نصف ساعة من نصف ملعقة الى ملعقة صغيرة ويحترس من زيادة استعمالها وبعض الاطباء يعطى زيت الترمنتينا بمقدار نصف ملعقة أو ملعقة صغيرة فى كل ٢٤ ساعة

ويستعمل لمضاربة الحمى ملح الكينا أو الانتيفبرين أو الأنتيبيرين والاحسن الاول واذا تغلبت الاغشية على هذه الادوية تستعمل المقيئات لطردها بقدر الامكان ووضع المكمدات الباردة على العنق أفضل الوضعيات الثلجية واذا استعمل جميع هذه الوسائط ولم تنجح يستعمل القطع الخنجرى وتلطف الحالة العصبية باستعمال الحمامات الفاترة وتقاوم حالة الخمود بالشاى مع الروم أو بالقهوى مع الكونياك أو تعمل جرعة من الكافور بأن يؤخذ ٢ ديسى من الكافور ويذاب فى كمية كافية من الكؤل ثم يمزج ذلك بمحلول مصمغ ٧٠ جراما ثم يضاف اليه ١٠ جرام من الشراب البسيط ويعطى منه ملء ملعقة صغيرة كل ساعتين مرة ثم تعطى الاغذية المقوية كخلاصة اللحم واللبن والبيض والادوية الحديدية خصوصا صبغة تفاحات الحديد مع السكنى فى المحال الطلقة الهواء الخ

ويجب الاعتناء بعزل مرضى الاطفال عن السليمين وتبخير ملابسهم ومساكنهم عقب شفائهم أو موتهم ويجب عدم الاختلاط بخادميهم

(المبحث الثامن عشر فى الامراض العفنة الحادثة من الامتصاص الصديدى)

الامتصاص الصديدى وان كان ينشأ عادة من الجروح عقب العمليات الجراحية لكن قد تطرأ ظواهره المرضية على من ليس بهم جروح وهم متمتعون ظاهرا بصحة ثم تظهر حالة الاصابة بامراض عفنة حادة خطرة تميت غالبا وهذه الحالة يتعسر تشخيصها حال الحياة ولا يتوصل الى معرفتها الاكلينيكية الا بمعرفة الاسباب والتشريح المرضى وسير المرض

(الاسباب) — هذه الآفة التى انبثت فى الجسم هى البيكتيريا وتأتى من الخارج لاننا لو بحثنا بالدقة عن سبيلها الامكن تعيين المحل الذى حصل فيه التعفن ولذا لا يوجد فى الجسم تعفن ذاتى ولاجل ذلك كان من الاسباب الموجبة كثيرا للتعفن أو التقيح الاحوال النفاسية التى تطرأ عقب الولادة أو الاجهاض لان جرح الرحم سبيل لدخول السم العفن والالتهاب الرحمى الوريدى يكون منبعا له ومنها التسلخات الجلدية مهما كانت طبيعتها وتسلخات الغشاء المخاطى كما فى التيفوس والدوسنتاريا ومنها البورات القيحية العظمية

أو المفصلية الخ ويكون دخول السم بواسطة الاوعية الليمفاوية أو الاوردة الملتهبة أو بورة الخراجات أو الالتهاب الحاد لغشاء القلب الباطن الخ

(الاعراض) — لا نذكر هنا من الاعراض الا الذى ينتج عن آفة غير ظاهرة أعنى التى لم يعرف لها سبب جراحى ظاهرى فنقول المرض يبتدئ فى العادة بغتة عند شخص سليم فى الظاهر بحركة حمية وألم فى الرأس وآلام روماتزمية عضلية ومفصلية واضطرابات معدية معوية وملل عمومى ثم تظهر بقية الاعراض بحالة مرضية تشبه حالة التيفوس مع أعراض الامراض العفنة والاعراض الدالة على هذه الحالة هى

(أولا) — الحمى وليس لها هنا صفات مخصوصة بل تشبه حمى تيفوس البطن وقد تكتسب الشكل المتقطع وتصل الى ٤١ درجة

(ثانيا) — الظواهر الجلدية بأن يشاهد فى الجلد أنزفة صغيرة نقطية أو ممتدة شبيهة ببقع الفرفورية وقد يوجد هربس والتهابات غلغمونية

(ثالثا) — أعراض التهابية قيحية للعين يحتمل انها ناتجة عن سدد فى الاوعية وأنزفة شبكية فى وسطها بقعة بيضاء ليست الا اجزاء تنكرز من الشبكية

(رابعا) — أعراض من جهة الجهاز الدورى تشبه الاعراض الموضعية لالتهاب الغشاء الباطن للقلب مع زيادة كرات الدم البيضاء

(خامسا) — الاعراض العصبية وهى تشبه غالبا اعراض الآفات الحادة الخطرة ويمكن وجودها بغير ظهور تغيرات مرضية عند فعل الصفة التشريحية وأحيانا أخرى تكون ناشئة عن التهاب سحائى قيحى أو مخى نزيفى أو عن نزيف مخى أو عن خراجات فى المخ

(سادسا) — الاصابات المفصلية وهى تنحصر فى التهابات تقيحية وتجمعات قيحية محيطة بالمفاصل فاذا ظهرت مجملا اشتبهت بالحدار المفصلى ويجوز أن توجد بورات قيحية فى العظام أو فى نخاعها

(سابعا) — الاعراض الكلوية وهى تشبه أعراض الالتهاب الكلوى الحاد أو مرض برايت

(ثامنا) — الاعراض الرئوية وتكون هنا ثانوية وتنحصر فى أعراض الالتهاب الشعبى

والرئوى القصى وخراجات الرئة هنا تحدث ضيقا شديدا فى التنفس ليس بينه وبين الاعراض الاخرى مناسبة

(تاسعا) - توجد أعراض أخرى من جهة البطن تتعلق باصابة الاحشاء الباطنية وأكثرها حصولا ضخامة الطحال والقىء والاسهال والنزيف والدفتيريا المعوية

(التشريح المرضى) - الصفات المميزة لهذه الآفة حال التشريح هى وجود بورات قيحية محدودة فى بعض أعضاء بل يجوز أن تكون فى جميعها وتكون من خراجات متعددة أو من بورات نزيفية محدودة فالخراجات توجد فى الرئتين والكليتين والطحال والعضلات ومنسوج القلب والمخ والغدة الدرقية وغير ذلك وتوجد أيضا التهابات قيحية منتشرة فى الالتهابات المفصلية القيحية وفى الالتهاب البليوراوى القيحى وكذا السحائى والعينى والالتهاب الشبكى المشيمى القيحى وتقيح الجسم الزجاجى ويشاهد أيضا الالتهاب التقرحى للغشاء الباطن للقلب الذى يكثر وجوده فى صمام مترال ويندر فى صمام الاورطى وأندر منه وجوده فى صمام القلب اليمنى وقد يشاهد فى رئة المصابين بهذه الآفة أورام حادة وفى الطحال والكبد والكلى

فمما ذكر نعلم أن هذه الآفة نتيجة هجوم باكتيريا أثرت فى الجسم فأحدثت التسمم وتكون القيح غير أننا لا نعلم الى الآن أن تجمع هذه البكتيريا يكون من نوع واحد أو أنواع كما أننا لا نعلم لماذا يكون الميكروب من جهة قيحا ومن جهة التهابا ومن جهة نزيفا

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض عسر لكثرة التغيرات المرضية وتنوعاتها واشتباهه بأمراض أخرى فانه يشتبه بالتيفوس البطنى متى وجدت الحالة المرضية العفنة مصحوبة باسهال وطفح وردى وضخامة فى الطحال ويميز بالاصابة العفنة للشبكية وبانتفاخ المفاصل وبالنزيف الجلدى وبنوع الحمى المتقطعة ويميز فى ابتداء الامر عن الحمى المتقطعة بعدم زوالها بالكلية ويمكن اشتباهه بالالتهاب السحائى ويميز عنه بوجود أعراض الامتصاص الصديدى وبانتفاخ الطحال وباصابة القلب بالتهاب غشائه الباطنى ويشتبه أيضا بالتدرن الدخنى الحاد وحينئذ يلزم البحث عن السبب وعن الدرن الدخنى للشبكية وعن وجود الباسيل فى الدم فاذا وجد كان المرض تدرنا

(السير والانذار) - السير العمومى للامراض العفنة الصديدية لا يمتد غالبا الا بعض أيام

لان

لان الموت بها يكون معجلا أحيانا وقد يمكث من أسبوع الى اثنين والانذار على العموم خطر

(المعالجة) - تكون معالجة هذا المرض عرضية فيعطى الكينين والحمامات والمنبهات عند الحاجة وكذا المخدرات

(المبحث التاسع عشر فى التهاب الامعاء الغلاظ المعروف بالدوسنتاريا)

هذا مرض عفن مجلسه القولون يظهر بحالة منفردة أو وبائية

(الاسباب) - ينشأ هذا المرض من تأثير أصل مرضى عفن متعضون ويوجد فى البلاد المعتدلة والحارة أكثر منه فى البلاد الباردة ولذا يموت من أصيب به من جنود البلاد الباردة كالانجليز عند وجودها فى البلاد الحارة كالهند ثلاثون فى المائة وتظهر أوبية الدوسنتاريا بالبلاد الباردة غالبا فى الصيف أو فى الخريف ويكون الميت فيها أقل مما فى البلاد الحارة ومن أسبابه طبيعة الارض فبعضها يساعد على نموه وبعضها لا يساعد وبذلك يفسر عدم اصابته فى بعض الجهات وتحصل العدوى به غالبا من مواد الافراز والمحقق ان عدم انتظام تعاطى الطعام يجعل الشخص مستعدا لهذا الداء وكذلك تأثير البرد

(الاعراض) - علامات الدوسنتاريا الحادة ينحصر غالبها فى الاعراض المعوية فيشاهد عدم انتظام التغوط ويبتدئ المرض باسهال خفيف ومواده رخوة فى الابتداء ويتكرر ذلك فى اليوم من مرتين الى ست ثم تكتسب هذه المواد صفات الدوسنتاريا فيزيد عدد التبرز حتى يبلغ من عشرة الى ستين فى اليوم بل يزيد عن ذلك فى الاحوال الخطرة ويحصل عناء فى زمن التغوط وعقبه مع ألم وحرقان فى الشرج وتتناقص المواد شيأ فشيأ وتصير قليلة الكمية حتى لا يخرج منها فى المرة الواحدة الا مقدار من ١٠ جرام الى ١٥ وطبيعتها تصير مصلية مخاطية مشتملة على قطع وأجزاء مختلفة الحجم مكونة من مواد مخاطية ودم ومن قطع متنكرزة من الغشاء المخاطى وقد توجد فيها مواد صديدية وبحسب تسلطن احدى هذه المواد يكون البراز وأحيانا يتكون من جميعها

وبالبحث عن المواد البرازية بالميكروسكوب تشاهد عناصرها المذكورة وبكتيريا التعفن وبعض فضلات ولا يوجد لها رائحة فى الاحوال الخفيفة المعتادة وأما فى الاحوال الخطرة

الغنغرينية فتصير المواد عفنة ومسودة ويحس المريض أحيانا بآلام تشنجية وقت التبرز ويحس أيضا بمغص شديد يأتى على نوب وينتفخ البطن قليلا ويتألم بالضغط عليه خصوصا على مسير القولون ويرى فى الفتحة الشرجية احمرارا التهابى وتسلخات وقد يصحب هذا المرض قىء متكرر وفواق صعب وجفاف اللسان مع تغطيته بطلاء وسخ

(المدة والسير) — مدة هذا المرض من أسبوع الى اثنين وفى الاحوال الخطرة تزيد حتى تصل الى شهرين أو ثلاثة وفى الشكل المزمن الى أكثر من ذلك بل الى سنين مع حصول النكسات وبذلك تتغير سحنة المريض ويضعف وينحف ويصغر نبضه مع زيادة عدده ويبرد جلده ويخشن صوته حتى يصير أبح ولا يوجد هنالك نسبة لدرجة الحرارة لعدم انتظامها بل فى أغلب الاحوال تكون درجتها أقل من المعتاد واذا ارتفعت تصير غير منتظمة ولا تزيد عن أربعين مع عدم استمرارها أيضا وهذه التغيرات تشاهد فى الدوسنتاريا المزمنة

(التشخيص) — تشخيص الدوسنتاريا سهل جدا ومؤسس على الاعراض التى ذكرناها أما اذا كانت تابعية فتمييزها عسر بسبب ما يصاحبها من الامراض

(الانتهاء) — يحصل الموت فى الاحوال الخطرة مع الضعف العمومى فى البلاد الحارة والمعتدلة وأما فى الاقاليم الباردة فينتهى المرض غالبا بالشفاء فتتناقص الآلام وعدد البراز ويرجع شيأ فشيأ الى قوامه وطبيعته وترجع قوى المريض ويجوز أن ينتقل المرض فى هذه الاقاليم الى الدوسنتاريا المزمنة حتى ان المصاب بها يقع فى حالة كاشكسيا وليس من النادر نكسات هذا المرض وحصول بعض مضاعفات خصوصا التهابات الكبد وتقرحات الامعاء واذا شفيت يحصل ضيق فيها

(التشريح المرضى) — فى الاحوال الخطرة يشاهد التهاب كروباوى دفتيرى بأن تتكون أغشية على سطح الامعاء والتغيرات التى ذكرت فى الكروب والدفتيريا توجد هنا أيضا مع وجود ارتشاح قيحى كثير ونزيف فى المنسوج المخاطى وسماكة الغشاء وتقرحه ولا تقتصر هذه التغيرات على التعريج السينى والمستقيم بل تمتد الى الامعاء الغلاظ حتى تبلغ الفتحة الاعورية اللفائفية وجائز أن تمتد الى الجزء السفلى من اللفائف

وقد يوجد لهذا المرض أشكال غير الحاد والمزمن والخفيف والثقيل كالشكل الغنغرينى

والنزلى

والنزلى وقد تمتد الالتهابات الدوسنتارية الى الغشاء المصلى كما تشاهد هذه التغيرات المرضية فى بعض أمراض عمومية كالحصبة والتيفوس وحينئذ تسمى بالدوسنتاريا التابعية

(المعالجة) — يلزم ابعاد المصابين ونقل موادهم البرازية أولا فأولا كما يلزم سليمى البنية أن يتجنبوا فى زمن الوباء تأثير البرد والافراط فى الاكل ويجب على المرضى متى حصلت الاصابة بالدوسنتاريا ملازمة الفراش والتدفئة والحمية ويعطون اللبن بفنجال صغير والمرق والبيض وعصارة اللحم والنبيذ والمشروبات الفاترة

وأما المعالجة الدوائية فتنحصر فى اعطاء المسهلات الخفيفة فيعطى فى الايام الاول زيت الخروع ملعقتين الى أربع أو منقوع الراوند والزئبق الحلو من ٥ ديسى الى جرام ويعطى مستحلب اللوز أو محلول الصمغ مع البزموت وبعضهم يعطى فى أوائل المرض عرق الذهب مقيئا وتستعمل الحقن خصوصا النشوية المضاف اليها صبغة الافيون من عشر نقط الى عشرين فى اليوم وبعضهم استعمل الحقن بنترات الفضة من ثلاثة سنتى الى ثلاثة ديسى وكذا خلات الرصاص وكلورات البوتاسا ولاجل تنبيه قوى المريض يستعمل النبيذ والايتير والكافور فى الدوسنتاريا المزمنة ويستعمل البهر بزمدة والقوابض ويعطى أيضا الشاى مع الروم وتستعمل أيضا الحمامات ويؤخذ فى كل ساعتين ملء ملعقة أكل من هذه الجرعة

منقوع عرق الذهب	٣ر٠	
ماء	١٥٠	جرام
صبغة الافيون البسيطة	٢٠	نقطة
شراب دياكود	٢٠	جرام

ويعمل على حسب الصناعة عشر ورقات من هذا المركب

مسحوق عرق الذهب	٥ر٠	
خلاصة الافيون المائية	١ر٠	
سكر أبيض	٣	جرام

وأما نحن فنعطى هذا المركب

زئبق حلو	٢٠ر٠	
مسحوق الافيون	٥ الى ١٠	سنتى

ثم يقسم ذلك الى ثلاث ورقات ويعطى كل ثلاث ساعات ورقة

(المبحث العشرون فى الداء الزهرى المعروف بالداء المبارك وبالداء الافرنكى)

هو مرض عفن يعدى وهو قديم وأصله من أمريكا ودخل مصر بدخول الافرنك ولذا سمى بالداء الافرنكى

(الاعراض) — يبدو بعد ثمانية أيام أو عشرين يوما من العدوى بظهور قروح افرنكية منها قرحة أو قروح بسيطة سطحية غير عفنة تشاهد على الجلد أو الغشاء المخاطى وهى صغيرة فى الابتداء مستديرة حافتها مقطوعة قطعا عموديا تعدى كل ما لامسها ولو من الشخص نفسه وليست متينة القوام يرى بالنظارة المعظمة أنها مشرذمة وقاعها غير منتظم ومغطاة بمادة دبقية وسخة سنجابية رخوة غير مؤلمة تفرزقيحا مختلف الغزارة ولا تعقبها عوارض ثانوية زهرية ويمكن أن تصطحب باحتقان والتهاب العقد الليمفاوية سواء كانت واحدة أو متعددة ولا تشتبه بالتسلخات البسيطة ولا بالهربس ولا بالقرحة الصلبة

(المعالجة) — موضعية وعمومية فالموضعية أن تساوى القرحة ثلاث أو أربع مرات فى اليوم بنسالة مغمورة فى الخل العطرى أو الراسب الابيض أو فى محلول طرطرات الحديد والبوتاسا ١٠ فى المائة أو فى محلول نترات الفضة واحد فى ٣٠ أو كبريتور الكربون أو اليودوفورم أو تحت نترات البزموت أو مغلى التنين أو الكينا أو حمض الفينيك وتجتنب المراهم ما أمكن يلزم أن تكوى بعجينة الزنك فى الابتداء لا فى دور الالتهاب والتقيح ويعالج التهاب العقد الليمفاوية والخيرجلات وغيرها بالمصرفات وتفتح عند اللزوم وأما العمومية فتنحصر فى استعمال الملينات ابتداء واعطاء المقويات على حسب صحة الشخص ولا يعطى الزئبق

واذا كانت القرحة مؤلمة يستعان بالمسكنات والملينات والحمامات وأما اذا كانت رخوة رديئة الطبيعة بحالة دفتيرية أو ثعبانية باهتة فيستعمل الكى الغائر بالحديد المحمى أو بنترات الفضة أو بالعجينة الكربونية الكبريتية المكونة من مسحوق الفحم وحمض الكبريتيك أجزاء متساوية وتعالج بمحلول طرطرات الحديد والبوتاسا ٨ فى ٣٠

(واما

(وأما القرحة اليابسة الزهرية) المسماة بقرحة (هونتر) أو القرحة الاولية العفنة فتظهر عقب العدوى وهى متينة مستديرة منفردة ملساء غير مؤلمة ومادتها لا تلقح المصاب بها وحافتها مقطوعة كالقلم غير عارية وقاعها مستو سنجابى اللون أو كهيئة دهن الخنزير ومتانتها تمتد حولها فى الجلد مثل الهالة وقد تكتسب الشكل القمعى وتكون الاوعية الليمفاوية المجاورة لها محتقنة ومتعددة ولا تشتبه هذه القرحة بالقرحة الرخوة

وأحسن معالجة موضعية لها استعمال مسحوق الراسب الابيض أو مرهمه والغسل بمحلول حمض الفينيك وكذا استعمال الملينات اذا كان هناك التهاب وأما العمومية فاعطاء المركبات الزئبقية على شكل حبوب سديلو اثنان فى اليوم أو وسائل فنزياتين ملعقتان فى اليوم أو الدلك بدرهم فى اليوم من مرهم الزئبق البسيط على الاقسام المختلفة من الجسم ويستمر ذلك خمسة أيام ثم يعطى حمام عمومى مع التصبين أو يعطى كل يوم من حبة الى ٣ من حبوب مكونة من السليمانى وخلاصة الافيون وخلاصة الخشب المعرق يؤخذ من كل منها مليجرام وقد تستبدل خلاصة الخشب المعرق بكلورايدرات النوشادر ويحقن تحت الجلد بمحلول السليمانى أو يعطى من الباطن قليل مجزئ من الزئبق الحلو

ومتى انتقل الداء الى الدور الثانى تعطى المركبات الزئبقية اليودية من ٢ سنتى الى ٣ فى اليوم وقد يلزم استعمال المقويات

(المبحث الحادى والعشرون فى الزهرى الثانوى أو العوارض الزهرية الثانوية)

(الاعراض) — علاماته الضعف وسوء القنية وآلام الرأس وآلام حدارية واحتقانات فى العقد الليمفاوية وسقوط الشعر وظهور أمراض بعد ثلاثة شهور تقريبا

منها الامراض الزهرية الجلدية التى تظهر ظهورا معجلا أو مؤجلا بلون أحمر نحاسى تكون غير مؤلمة ومستديرة يوازى بعضها بعضا وتظهر بجميع أشكال أمراض الجلد مصحوبة باحتقانات فى العقد الليمفاوية وهى

(أولا) — الطفح الاريتماوى — يظهر على هيئة بقع مستديرة تقريبا مرتفعة أو غير مرتفعة على سطح الجلد تزول بضغط الاصبع والعادة أن تكون حمراء وردية باهتة

أوحمراء قاتمة ويندر أن تكون نحاسية وحجمها كالعدسة وهى اما مجتمعة أو منعزلة ومجلسها عادة الخصر وقاعدة الصدر والبطن والجهة الانسية من الفخذين وتميز عن الوردية الناشئة من تعاطى الكوباى ومن تعاطى الحيوانات الرخوية المحارية ومن الانجرية ومن الحصبة بالاعراض الخاصة بها وبسوابق المريض

(ثانيا) - الزهرى الحلمى - يظهر على شكل أورام صغيرة مستديرة مرتفعة على سطح الجلد وحجمها مختلف يكون من حجم حبة الدخن الى حجم العدسة ولونها نحاسى وتنتهى عادة بالتحليل ولا تصحب بألم ولا بأكال وباجتماعها فى الجبهة يتكون التاج الزهرى وقد تحصل فيها ضخامة ولا يشتبه هذا الطفح بالدهنية الصلبة ولا بالصدفية

(ثالثا) - الزهرى الحويصلى - وهو نادر الحصول يكون على شكل مخروط صغير مملوء مادة شفافة وقاعدته حمراء معتمة وهو قصير المدة يعقبه قشور أو تفلس ولا يشتبه بالجدرى المائى

(رابعا) - الزهرى التفلسى - يكون دائما تابعا لنوع آخر خصوصا النوع الحلمى ولذا أنكره بعض الاطباء وينشأ عنه على ماقيل صدفية راحة اليدين وأخمص القدمين وتظهر فيها بقع حمراء تغطى بفلوس سميكة ذات دائرة نحاسية مزينة بشقوق وقد تكون هذه القشور سميكة حتى تشبه القرون ولا يشتبه هذا النوع بالصدفية البسيطة

(خامسا) - الزهرى البثرى - يحدث أوراما صغيرة منعزلة أو مجتمعة مكونة من ارتفاع البشرة وكل ورم منها يحاط بهالة حمراء نحاسية ويحتوى على سائل عكر ومتى انفجرت يتكون عنها قشور يوجد تحتها قروح أو أثر التحام وتشبه الدهنية أو الكرفة أو الاكتيما ولا تشتبه بهذه الامراض

(سادسا) - الزهرى الفقاعى - شكله كالفقاعة ويكون داء الفقاع عند المولودين حديثا والروبيا عند الكهول ويتميز هذا النوع عن داء الفقاع والروبيا البسيطين بالمنطقة النحاسية التى تحيط به مع اعتبار سوابق المريض

(سابعا) - الزهرى الدرنى - يتكون من أورام صغيرة مسطحة مستديرة سطحية أو غائرة ذات لون أحمر غامق أو نحاسى تنتهى بالتحليل أو بالتقيح وفى هذه الحالة تكون

القشور مغطية لقروح ذات حافة مقطوعة كبرية القلم منفردة أو مجتمعة وفى هذه الحالة تكتسب الهيئة الثعبانية ولا يشتبه هذا النوع بالصدفية واللوبوس والجذام والسرطان الجلدى

(ثامنا) - اللطخ المخاطية - هى بقع حمراء مرتفعة الحوافى تنفرز منها مادة متجمدة قيحية تستحيل الى قشور رخوة رقيقة ذات حافة دائرية وعند سقوط القشور يتكون على السطح الذى هو أسفلها قشور رقيقة بشرية

(تاسعا) - الزهرى الخبيث - يصطحب بآلام فى الرأس واضطراب فى الهضم ثم بتغيرات خطرة غائرة وظهور بثرات أو درن مع تقرح وافراز قيح ردىء الطبيعة ولا يشتبه هذا النوع بأمراض الجلد المعتادة ولا بالسقاوة والسراجة

ومنها التغيرات المرضية التى تظهر على الاغشية المخاطية ويوجد منها أربعة أنواع

(الاول) - سحجات صغيرة غير مرتفعة حمراء غير مؤلمة وافرازها قليل

(الثانى) - التغير الحلمى - يكون حلمات صغيرة معتمة مستديرة أو هلالية حجمها كالعدسة أو أكبر تظهر فى الغشاء المخاطى الفمى معراة عن البشرة رطبة مندّاة بافراز وسطحها أملس تتعدد فى العادة وتتكون العقد الغدد المخاطى

(ثالثا) - الزهرى الحلمى الضخامى - هو النوع المتقدم لكن يزيد حجمه بسبب عدم الشفاء وعدم النظافة وهو مكوّن لأورام مختلفة الحجم حساسة باجتماعها تكون كتلا حمراء ذات أزرار منفردة أو مجتمعة مستوية السطح قدر البسلة أو أكبر سطحها وردى أو سنجابى ويتصاعد منها افراز منتن ولا تشتبه بالقرحة العفنة ولا بالقرحة البسيطة

(المعالجة) - تعالج التغيرات المرضية السالفة بالمعالجة العمومية المذكورة آنفا وتعطى حمامات ملينة هلامية وقشورية وحمامات بخارية وسليمانية والتبخير بالزنجفر وكبريتور الزئبق الاحمر من ٢٠ الى ٤٠ جراما واللاذن من ١ الى ١٥ وأما المعالجة الموضعية فتختلف بحسب نوع الزهرى ويدخل فى جميعها المركبات الزئبقية وتكوى اللطخ بمحلول نترات الزئبق الحمضى أو بمحلول نترات الفضة ويمنع المريض من شرب الدخان

(المبحث الثانى والعشرون فى الامراض الزهرية الناتجة عن الزهرى الثلاثى)

أقل زمن تظهر فيه الامراض الناتجة عن هذا الزهرى ستة أشهر وأكثره سنتان بعد الاصابة الاولى وتلك الامراض هى اصابة الانسجة الغائرة كالعضلات والاغشية والعظام والاعصاب فيتكون فيها أورام صمغية صغيرة كالبسلة أو كبيرة قدر بيضة الدجاجة متلاصقة قابلة للتحليل أو للتقيح وهى بطيئة السير ويحصل أيضا آلام حدارية زهرية والتهاب قزحى وآلام عظمية فى الرأس والتهاب السمحاق وآلام عصبية بين الاضلاع وألم سنى وعينى ورقص سنجى وصرع وفالج الخ ويحصل عند المولودين حديثا ارتشاح الأليتين وأعضاء التناسل وداء الفقاع ولطخ مخاطية وزكام وكاشكسيا

(المعالجة) — تعطى تحاضير يودور البوتاسيوم والمياه المعدنية الكبريتية والمسكنات الأفيونية وتعطى الاطفال ملعقة صغيرة من سائل فانزياتين فى اللبن من حمامات السليمانى خمس قمحات أو أزيد الى ٢ جرام بحسب السن

(المبحث الثالث والعشرون فى الجذام أى داء الفيل اليونانى)

هو مرض عفن معروف قديما الذكر فى كتب سيدنا موسى استكشف أصله المعدى هانسن وغيره ووجد فى مصر والهند وكذا فى النيمسا فى الزمن المتوسط فبنوا له مستشفى يعزل فيه المصابون وتوصلوا بذلك الى زواله من أوروبا المركزية وان وجد فيها كان قليلا جدا وتكون المصابون به ممن سبقت لهم معيشة فى البلاد الحارة ويعرف فى بلاد السويد والنرويج باسم اسبيدالسكيد وهو مستوطن فيهما وفى بعض مديريات من البلطيق وبلاد المجر والرومانيا واسبانيا والبرتغال وايطاليا واليونان وبلاد الترك

(الاسباب) — من أسبابه العدوى ولذا كان عزل المصابين به أحسن طريقة ومنها تأثير بعض الاقاليم والاسماك المتغيرة وبعض نباتات نجيلية وباسيله الذى وجد فى جميع الآفات الجذامية يشبه باسيل الدرن ولقحت مادته فى بعض الحيوانات فتكاثر فيها هذا الباسيل ويظهر بين العشرين والاربعين يوما ومن أسبابه الوراثة ولم تعلم الى الآن كيفية انتقاله الى

السليم وقال بعض الاطباء ان معاملة التجار المصابين به لا يخشى منها بدليل ان الممرضين للمجذومين لا يصابون بهذا الداء ونحن نميل الى هذا الرأى لما شاهدناه

(الاعراض) — الجذام بطىء السير يصيب الجلد ويحدث فيه ارتفاعات حلمية يتكون منها جذام درنى وأحيانا تبتدئ الاصابة بالمنسوج العصبى فتحصل فيه ارتشاحات جذامية تصطحب باضطراب فى الاحساس وتحدث الجذام العصبى الذى يتصف بتخدير فى الاحساس وأحيانا يكون الجذام مشتركا بين النوع الدرنى والنوع العصبى وقد يصيب الجذام الاغشية المخاطية للفم والحنجرة والشعب والدم والعقد اللينفاوية والخصيتين والكبد والطحال خصوصا ملتحمة العين للصلبة والقرنية وقد توجد أعراض هجوم قبل الجذام الدرنى بسنتين تقريبا وأعراض حمى متقطعة ثم يظهر هذا الجذام بلطخ ايريتماوية يحتمل انها تزول وتترك فى محلها بقعا سمراء ثم ترتشح وتتكون ارتفاعات مختلفة الحجم عقدية حلمية تضيع خواص الجلد ومرونته وما يظهر منها فى الوجه يغير السحنة فتسمك الاجفان والأنف والآذان ويتغير شكلها وتعيش المرضى بهذه الحالة وقد تموت من طرو أمراض أخرى وقد يلين بعض الدرن ويلتحم والبعض الآخر يمتص وقد يكون الدرن كثيرا مصحوبا بحمى وتتلف الاعين بما ظهر منه على الملتحمة وتكون العقد اللينفاوية محتقنة عادة وينشأ عن الارتشاح الجذامى سقوط الشعر والحواجب وضمور الخصيتين اذا أصابها وفى الجذام العصبى تتكون الاعصاب الدائرية عقدية مؤلمة بالضغط ويظهر من العلامات زيادة احساس فى بعض لطخ من الجلد تنتهى بفقد الاحساس وقد تعلوها فقاعات شبيهة بداء الفقاع ولذا سمى بعضهم هذا النوع بالجذام الفقاعى فانهم وجدوا الباسيل الجذامى فى مشمولها وقد شاهدنا حصول شلل غير تام فى العضلات الباسطة للاصابع كما شاهدنا اصابة جلد الاصابع وتقرحه والتهاب سمحاق سلاميات الاصابع وتنكرز العظم ويجوز التحامها ذلك فتقصر الاصابع

(التشريح المرضى) — التغيرات المرضية للجذام هى ارتشاح الانسجة السابقة سواء كان فى الجلد أو فى الاغشية المخاطية ووجود خلايا جذامية تعرف بكبر حجمها وبوجود الباسيل الجذامى على شكل قش طوله قدر نصف كرات الدم الحمراء ويندر وجودها وحدها

والغالب ان يوجد الباسيل فى الخلايا المذكورة واذا بحث عنه فى قطع درنة قطعا جديدا يرى أنه ممتنع بحركة ويتلون بسهولة بلون الانيلين وهو يميع هلام الدم بخلاف باسيل الدرن الذى يوجد أيضا فى الاعصاب الدائرية وفى العقد الليمفاوية وفى الغضاريف وفى الكبد والطحال والقرنية

(التشخيص والانذار) — تشخيص الجذام سهل على العموم خصوصا اذا ظهر فى البلاد الحارة ويشتبه بالحمى المتقطعة فى دور الهجوم وانذاره خطر لانتهائه بالموت وأما ما يحصل من الشفاء فلا يغتر بظاهره

(المعالجة) — أحسن واسطة للوقاية منه عزل المرضى عزلا تاما ومتى ظهر يستعمل الدلك بمرهم الزئبق ومرهم اليودوفورم وقيل ان الكريوزوت وحمض الساليسيليك مفيدان عند تعاطيهما من الباطن والاحسن أن تترك المرضى البلدة الموجود فيها دائما وقد استعملنا الحقن بمادة كوخ التى ظهر استعمالها سنة ٩٠ بقدر ثلاثة سنتى عند امرأة فى قسم الامراض الباطنة باسبتالية القصر العينى فحصل لها تحسين كبير فان معظم الدرن زال والتحمت القروح ووجد الاحساس وذهب شلل العضلات الباسطة للاصابع الأن المريضة خرجت من الاسبتالية قبل تمام الشفاء لقدوم عيد الفطر ولم تعد

(المبحث الرابع والعشرون فى الكلب المعروف أيضا بالفزع من الماء)

(الاسباب) — هذا المرض يوجد كثيرا عند الكلاب ونادرا عند غيرها من الحيوانات كالدب والثعلب والهر والثور والخيل وهو مرض عفن ينتقل الى الانسان بواسطة العض وتحدث عنده اعراض مهمة من جهة المراكز العصبية

وله عند الكلاب نوعان فزع شديد وهدوّ خفيف وللاول ثلاثة أدوار فالدور الاول دور الماليخوليا ويمكث ثلاثة أيام وتكون الحيوانات فيها كئيبة لا تقبل مأكولها والثانى دور الهيجان أو الجنون وتجتهد الحيوانات مدته فى الهروب والعض ويصير صوتها أبح ولا تقبل مأكولها المعتاد بل تأكل التبن والقش والخشب والثالث دور الشلل وفيه تشل الحيوانات وتضمر وتموت فى اليوم العاشر تقريبا

وللنوع الثانى وهو الهدوّ دوران فقط لعدم وجود دور الهيجان فيه ويحصل بعد الدور الاول دور الشلل فتشل الاعضاء الخلفية أولا ثم الفك السفلى ثم يحصل الموت سريعا وبفعل الصفة التشريحية لا توجد تغيرات مرضية غير احتقان فى الاعضاء وأجسام غريبة فى المعدة والامعاء ازدردتها الحيوانات قبل موتها

وهذه الآفة تنتقل من الحيوانات خصوصا الكلب الى الانسان بالعض والفاعل للعدوى هو السم الذى لم يعرف معرفة واضحة ويوجد فى لعاب الحيوان ودمه ويختلف استعداد الانسان للاصابة به باختلاف الشعب والاشخاص ووجود هذا الداء فى مصر أقل من وجوده فى البلاد الاخرى ومدة تفريخه من ٣ شهور الى ٦ وقد تكون أقل من ذلك أو أكثر

(الاعراض والسير) — عند الانسان يبتدئ المرض بملل وألم فى الرأس وتهوع وحيرة فى العقل ناتجة من توهم أن المرض مميت واذا كان مجلس العضة الوجه حصل عطاس تشنجى ومتى تمكن الداء كره المريض المشروبات وخاف من الازدراد وأحس بألم فى محل الجرح الذى التحم من مدة وحصل احتقان فى العقد المجاورة له

وبعد يومين يبتدئ دور الفزع من الماء ويأتى على نوب يحصل فيها فزع وتشنجات مؤلمة فى عضلات الازدراد ثم عضلات الصدر والجذع وأخيرا فى عضلات الاطراف وهذه النوب يتعذر وصفها لمن يراها وحصولها يكون غالبا بتأثير فعل منعكس من أفعال المخ أو من أى مؤثر من الخارج أو من رؤية الماء فقط وتصطحب بارتفاع النبض الأن الحرارة تكون لطيفة وبظما مؤلم محرق وأحيانا بسيلان لعابى وشلل وبعد ثلاثة أيام يحصل الموت فى أثناء النوب التشنجية أو فى ابتداء الهدوّ

وبالتشريح المرضى لم يظهر شئ مناسب للاعراض بل وجد بعض نقط دموية فى المخ وخلايا بيضاء حول الاوعية ووجد فى الجهاز الرئوى علامات النزلة الرئوية والشعبية ولم توجد فى باقى الاعراض تغيرات مخصوصة

(التشخيص) — سهل بمعرفة الاسباب والاعراض وأن الآفة عفنة ويشتبه الكلب بالتيتانوس الجرحى المصحوب بفزع من الماء لكن يتميز بشفاء التيتانوس وغيبوبة تقلص

عضلات العنق والظهر والبطن تقلصا واصفاله وأحيانا يشتبه الكلب بنوبة الهستيريا وتميز عنها بنوبتها القصيرة وشفائها

(المعالجة) – حيث ان المعالجة لازمة للمريض وان كانت غير شافية فهنا نتكلم على الوسائط الواقية فنقول قد استكشف (باستور) طريقة تكون واسطة للوقاية من هذا الداء بحسب ما ظهر له من التجارب وهى أنه لقح جزأ من نخاع كلب مكلوب لارنب تحت أمه الجافية بعد ثقب الجمجمة فظهر الكلب على الارنب بعد أربعة عشر يوما ثم لقح من هذا الارنب لارنب ثان بالطريقة عينها ومن الثانى لثالث وهكذا فكانت سمية المادة الملقحة تكثر فى كل مرة وتقل مدة التفريخ شيأ فشيأ حتى وصلت الى سبعة أيام ولم يمكن أن تقصر مدة التفريخ عن ذلك واذا لقح بالطريقة المتقدمة للقردة لاتزيد قوة المادة بل تنقص فاذا لقح بهذا السم الضعيف بالصناعة للكلاب لايظهر عليها الصرع وتحتمى من الاصابة به ولو لقحت بمادة أشد سما بل ولو عضت بكلاب مكلوبة

ولباستور أيضا طريقة صناعية أخرى بسيطة لاجل ضعف السم الكلبى وهى أن يعلق فى الهواء الجاف قطع صغيرة من النخاع الشوكى للارنب المكلوب المشتمل على السم الكلبى فبطول الزمن تفقد شدة الجوهر النخاعى شيأ فشيأ حتى يصير عديم التأثير فاذا لقح منه بعد درس قطعة منه فى المرق العقيم ضاعت قوته السامة أما اذا جففت قطع من النخاع فى زمن أقل مما تجفف فيه القطع السابقة ولقح منه بالكيفية السابقة فيرى انه حافظ لبعض تأثير سام وبذلك توصل لتلقيح الحيوان من نخاع جديد سام جدا بدون أن يتأثر الحيوان من ذلك وحينئذ يكون آمنا من الاصابة بالكلب وهذه الطريقة فعلها باستور لالف وأربعمائة وتسعين شخصا عضوا بكلاب مكلوبة وقيل لم يمت منهم الا عشرة وهذه الطريقة وان شك البعض فى نجاحها يلزم تجربتها لاجل اثباتها مع أنواع التلقيح التى تفعل للوقاية من الاعراض العفنة

وأما المعالجة الدوائية فنها المخدرات لاجل تسكين الآلام وذلك كالمورفين والكلورال والكلوروفورم ومع ماذكر يلزم تكميم الكلاب التى يرى فيها ذلك واذا حصل شك فى جرح عضة كلب هل هو جرح من كلب مكلوب يلزم غسله بمضادات العفونة وكيه باحدى

الكاويات الكيماوية أو بالحديد المحمى وقد أوصوا بالكشط الجرحى واستئصال الغدد المجاورة وقد استعملت أدوية من الباطن لمنع ظهور الكلب كالزراريح والبلادونا والزئبق الحلو والزرنيخ بغير فائدة وفى مصر تستعمل الحشرة المسماة بالدرناح وهى توجد كثيرا فى مديرية الشرقية

(المبحث الخامس والعشرون فى الجمرة الخبيثة والبثرة الخبيثة المعدية)

هذان المرضان يدخلان تحت حالة عمومية تسمى بالمرض الكربونى (الفحمى)

(الاسباب) – الاصل المرضى المحدث لذلك استكشفه بولندر سنة ١٨٤٩ وهو أصل معد ذو شكل مخصوص يسمى بالباسيل الكربونى يكون على هيئة قش اسطوانى صغير جدا طوله لايزيد عن ١٢ مللى ويوجد كثيرا فى دم الحيوانات الميتة بالكربون ويظهر بتندية الدم بمحلول الانيلين ومتى لقحت به الحيوانات كالفار وأم عرس وخنزير الهند والثور والمعز وبعض الطيور أصيبت به ويمكن زرع هذا الباسيل وتربيته مع حفظه خاصية العدوى وعدده يكثر بطريقة الانقسام وقد أبان كوخ أنه بتكاثر يتكون أجنة (سبور) تكون فيها العدوى أيضا وكل من الباسيل والاجنة تحفظ حياتها فى المحال الرطبة ومحل انصباب الانهر فاذا رويت الارض بمياه هذه الانهر انتشرت الاجنة والباسيل فى مزروعاتها وهذا يفسر ظهور الكربون ظهورا وبائيا فى جهة لم يكن موجودا بها والحيوانات التى تصاب بذلك هى آكلة النباتات غير البرية كالبقر والغنم فتحدث لها أعراض عصبية تشنجية يندر شفاؤها بل غالبها يموت موتا فجائيا مع سلامتها ظاهرا الان هذا الباسيل ذو سير حاد سكتى الشكل

وانتقال هذا الداء من الحيوان الى الانسان يحصل بتلقيح السم المرضى ولذا كانت الرعاة والزراعون والجزارون وكل من كثرت مخالطتهم للحيوانات وكذا المشتغلون بجلودها وشعورها ومتحصلات ذبحها عرضة للاصابة به والغالب أن يحصل فى أيديهم تسلخات أو جروح صغيرة وقد شوهدت اصابته للمشتغلين بالخرق البالية ويجوز أن تحصل العدوى بواسطة حشرات تلسع الانسان وبواسطة أكل لحم الحيوانات المصابة بهذا الداء

(الاعراض والسير) – تظهر الآفة الكربونية عند الانسان بشكلين نتيجتهما واحدة فالاول دمل فحمي أو بثرة خبيثة في محل دخول السم الكربوني والثاني يظهر بصفة مرض عفن عمومي خطر مصحوب أحيانا بطفح جلدي وهذا أقل حصولا من الاول ثم ان البثرة الخبيثة تظهر عادة في اليد أو الذراع أو العنق بعد أن تمضي أربعة أيام أو ثمانية من الاصابة وبيان صفتها أن يظهر أولا في محل التلقيح حويصلة صغيرة ثم تنمو بسرعة وتزرق وتعتم الى أن تصير سوداء ثم ينتفخ محيطها ويحتقن وتظهر فيه حويصلات صغيرة ثانوية ويرتشح شيأ فشيأ ثم يتشعع من هذه البثرة عروق لينفاوية ووريدية ملتهبة محتقنة وتحتقن العقد المجاورة لها ويصحب ذلك حمى وحالة عمومية خطرة ثم ان كان الانتهاء جيدا تناقصت الحالة العمومية وتسقط خشكريشة البثرة ويزول الاحتقان ويحصل الشفاء وان كان خطرا تزداد الحالة العمومية والحمى وتظهر أعراض معوية وعصبية ويحصل الموت بعد أيام قليلة

وينبغي أن نذكر هنا الجمرة المعوية فنقول لزيادة الاعراض المعوية حصل الالتفات في السنين الاخيرة لهذا المرض الكربوني فعلمت الجمرة المعوية واشتغل بها كثير كبول وجنر وخلافهم الكن الاحوال التي اكتشفت في ذلك لقلتها جدا لم تكف لمعرفة جميع الاعراض الى الآن وتوصف بقيء وألم رأسي وحمى وثبات وذلك لا يدلنا على حقيقة المرض ان لم يقر المريض بالسبب وأحيانا اذا بحثنا على الجلد نجد به جرحا صغيرا أو بثرة صغيرة راصفة للداء مع أن المريض ليس معتنيا بها وحينئذ تكون الحالة العمومية نتيجة حالة موضعية كما أنه قد تظهر جمرة على الغشاء المخاطي المعوي وهذا هو السبب في تسمية الحالة بالالتهاب المعدي الكربوني فيكون القيء والاسهال مدممين أحيانا ويحصل ضيق في النفس وثبات عمومي وبرودة في الاطراف وسرعة في النبض مع صغره وسيانوزية في الوجه وانقباضات تيتانوسية سريعة وانخفاض في الحرارة وبعد أيام قليلة يحصل الموت ومع ذلك لا تخلو الحالة من الشفاء في بعض الاحوال

(التشخيص) – معرفة البثرة الخبيثة ليس صعبا خصوصا متى علمت الاسباب وتحقق وجود الباسيل وتعرف بثرة الغشاء المخاطي المعوي باستكشاف الباسيل في الدم

(التشريح المرضي) – عند فتح الجثة ترى تغيرات مرضية نزلية في الامعاء الدقاق وفي

الجزء العلوي للامعاء الغلاظ وبعض نقط دموية ويوجد خشكريشة يرى في وسطها الباسيل الكربوني ويرى أيضا احتقان في الطحال ونقط دموية في الكليتين والمخ والاغشية المصلية ويرى ارتشاح في العقد اللينفاوية وفي جميع هذه التغيرات يرى الباسيل

(المعالجة) – منها الواقية وتكون بتلقيح الباسيل الكربوني وقد توصل كل من فتوسين وباستور الى تلطيف تأثير السم البيكتيري الكربوني بالصناعة وذلك بزرع هذا الباسيل عدة أسابيع في درجة حرارة بين ٤٢ و ٤٣ وبذا تنقص قوته العفنة شيأ فشيأ حتى لا يحدث بالتلقيح به خطرا ما شكله الظاهر فيبقى فاذا لقحت الحيوانات بهذه المادة بعد ذلك وقيت من الآفات الكربونية وعلى ذلك مشى باستور لوقاية الحيوانات من الاصابة بهذا المرض ولكن كوخ وغيره وجدوا أن هذه الطريقة ليست كافية للوقاية من الاصابة بطريق الامعاء وأماشوفو فقال ان هذا الباسيل بالضغط عليه من ٣ الى ١٢ جوا بالاوكسيجين تذهب قوته السامية وأن ما لقح به من الحيوانات بعد ذلك لا يظهر عليه المرض لتلقيح الفيروس الاصلي وأما ارلوان فوجد أن الباسيل المزروع الذي يعرض للشمس والضوء القوي مدة يكتسب الخاصية المذكورة

ومنها المعالجة الدوائية وهي الكي بواسطة البوتاسا الكاوية وحمض النتريك والفينيك الا أن ذلك لا يفيد شيأ ولذا يكتفي في أغلب الاحوال بوضع العضو وضعا مناسبا وتغطيته بمثانة مملوأة بالجليد وأما معالجة البثرة المعوية فتكون عرضية فيعطى من الباطن الزئبق الحلو وحمض الساليسيليك مع استعمال الحمامات والمنبهات

(المبحث السادس والعشرون في السقاوة والسراجة)

السقاوة مرض عفن يظهر غالبا في الخيل وما شابهها كالحمير والبغال ويتصف بتكون منسوج جديد ذي شكل عقدي درني ويتكون فيه نادرا أورام لينية منتشرة تميل الى التقيح والذوبان العفن وتعقب بقروح ومجلسها يكون عادة في الغشاء المخاطي الانفي فالعلامة الرئيسة لهذا المرض عند الخيل هي المخاط الانفي القيحي وقد يحصل تعقد في الحنجرة والرئة والكبد والطحال والكليتين والجلد فتكون على الجلد أحبال عقدية تحدث احتقانا في الاوعية اللينفاوية والاوردة المجاورة لها وبعد ثلاثة أسابيع يموت الحيوان من الحمى

وفقد القوى

وقد تنتقل هذه الآفة عند الانسان فتكون السقاوة مرضا حادا عادة والسراجة مرضا مزمنا وتظهر فى السقاوة من يومين الى ثمانية بحصول التهاب الاوعية والعقد الليمفاوية فى محل الاصابة مع غلغمونى منتشر محله عادة اليدان أو القدمان التى تلامس الحيوان المصاب والاعراض الموضعية هنا تشابه أعراض التسمم العفن فتحصل حمى دائمية وألم رأسى وقئ وآلام عضلية ومفصلية تقرب من الحدار الا أن اللطخ الحمراء التى تجاور المفاصل تكتسب هنا ونامن رقا ويظهر فيها فقاعات وغنغرينة تميز السقاوة عن الحدار وبعد يومين يظهر طفح بثرى فى الوجه والجذع والاطراف ومسالك التنفس ثم تظهر قروح فى الحفر الانفية مع سيلان منتن مدمم شبيه بمخاط الخيل ولا يشاهد عند الانسان احتقان العقد الفكية كما يشاهد عند الخيل وحصول عسر فى الازدراد والتنفس ووجود سعال ونفث مدمم يدل على اصابة هذه الاعضاء بالطفح السقاوى ثم تحصل أعراض عصبية

وأما السراجة فتظهر كالسقاوة فى جميع الاعراض ولا تتميز الا بوجود دمامل سراجية فى العضلات والمنسوج الخلوى تحت الجلد وبغيبوبة المخاط الانفى ولكون أعراضهما العمومية واحدة اعتبرهما بعضهم مرضا واحدا والبعض الآخر يعتبر السراجة المزمنة مرضا موضعيا ينحصر فى التهاب الاوعية الليمفاوية أو فى قروح يؤل كلاهما الى الشفاء ومع ماذكر توجد تغيرات مرضية للاصابات التى ذكرناها

(التشخيص) — صفة المريض تدلنا على الآفات السقاوية والسراجية ويدلنا على السقاوة الحادة وجود المخاط عند الخيل وفقده أو تأخره عند الانسان ثم وجود الباسيل السقاوى الذى استكشف أخيرا بزرعه يحقق التشخيص ويوجد هذا الباسيل فى الافراز الانفى وفى قيح الخراجات وتساعد على التشخيص آفات الجلد وانما أزمن الداء جاز أن يشتبه بالزهرى التقرحى ولكن المعالجة هنا تقطع كل شك

(المعالجة) — لا تتيسر معالجة السراجة الحادة تيسرا تاما وانما يجب تلطيف الاصابات الجلدية والانفية والحلقية بالنظافة وباستعمال مضادات العفونة كمحلول حمض الكربوليك والساليسيليك وماء الجير وتستعمل الوسائط الاخرى التى استعملت فى الوسائط العفنة

(المبحث السابع والعشرون فى مرض الدودة الحلزونية المسماة تريكين)

نحن وان كنا نعلم أنه يوجد فى عضل الانسان وعضل بعض الحيوان دودة اسطوانية تسمى التريكين الحلزونى الا أنه فى سنة ١٨٦٠ أبان زنكر أن التريكين يمكن أن يحدث عند الانسان مرضا خطرا مميتا أحيانا ومن حينئذ درس فيرشوف وغيره تركيب التريكين وحالته ولهذا المرض شكلان الاول التريكين المعوى والثانى العضلى فالاول يتكون من دود أبيض يرى بالعين العارية وطول الانثى من ٣ مللى الى ٤ والذكر من ١ الى ١,٥ وله أعضاء هضم وأعضاء تناسل وأما الثانى وهو العضلى فطوله من ٧ من مللى الى مللى واحد وملتف على نفسه بشكل حلزونى مشمول بغلاف كعلبة خلوية مرتشحة باملاح وساكنة فى الالياف العضلية فالتريكين العضلى يدخل فى الانسان بسبب تعاطى لحوم الحيوانات المصابة به ومتى وصل الى المعى يذوب غلافه فتخرج الدودة وتنتشر فى الامعاء وفى مدة يومين تكبر وتتناسل فتبيض بيضا يستحيل الى جنين يولد حيا بعد سبعة أيام فالدودة الواحدة يمكن أن تخلف أكثر من ألف وتسير فى الجسم وتسعى الى العضل واختلف فى طريقها الذلك فالبعض يقول انها تنبث فى الانسجة بثا ميخانيكيا والبعض يقول انها تسير فى التيار الليمفاوى والآخر يقول فى التيار الدموى وتصل الى العضل فتنمو فى مدة ١٤ يوما وتحاط بغلافها المتين الذى يتكون من افراز نفس الدودة ومن نضح المنسوج الخلوى المجاور والظاهر أن الدود العضلى ذو مقاومة لبقائه حتى يموت الحامل له ويكثر انتشاره فى الحجاب الحاجز وعضلات الامعاء والعنق خصوصا العضلة القصية الترقوية الحلمية والعضلة ذات الرأسين

(الاعراض والمدة) — اعراض هذا المرض متعلقة بنمو وحياة الدود فيحصل ثقل فى الامعاء وتهوع وقئ ثم اسهال يصير أحيانا هيضيا وتشاهد فى مواده هذه الدودة وقد يستعاض الاسهال بامساك يصطحب بآلام ومتانة فى العضلات ناتجة عن حصول التهاب فيها وقد لا تظهر الاعراض العضلية الا فى الاسبوع الثانى فتنتفخ العضلات وتصير مؤلمة بنفسها او بالضغط عليها وتعسر الحركة وتثنى المرضى أطرافها حالة النوم ولا تتحرك فى فراشها ومن اصابة العضلات المضغية والحلق والحنجرة يحصل اضطراب فى تتميم وظائفها

ومن اصابة الحجاب الحاجز والعضلات بين الاضلاع يتعسر التنفس وهذا علامة الانتهاء المحزن خصوصا اذا اصطحب بالتهاب شعبي أو رئوي ومن الاعراض المهمة الاوزيما فتحصل أولا في الاجفان ثم في الاطراف ويظهر طفح جلدي في آن واحد وقد توجد أعراض أخرى عمومية كالحمى التي تبلغ درجتها ٤٠ الى ٤١ وكالاعراض التيفوسية

ومدة هذا المرض تختلف من أسبوعين الى ثلاثة وأحيانا الى ثمانية أو أكثر

(التشريح المرضى) - توجد تغيرات عضلية وتغيرات النزلة المعوية النزيفية ويندر وجود استحالة شحمية في الكبد وتغيرات رئوية غنغرينية ويوجد التريكين في المنسوج العضلي للعضلات التي ذكرناها

(المعالجة) - حيث ان التريكين يعيش مدة في لحم الخنزير وأمعائه فالواسطة للوقاية منه تجنب أكل هذا اللحم ولذا يجب البحث عنها بالميكروسكوب قبل الأكل ويلزم شيها شيا جيدا أو تحميرها ومتى حصلت الاصابة بهذه الدودة فأول شيء يستعمل هو مسهل شديد كمنقوع السنا المكي والزئبق الحلو وزيت الخروع ومن الادوية التي يظهر أنها قاتلة للتريكين الجليسرين اذا استعمل بكمية كبيرة بأن يعطى منه ملعقة كبيرة كل ساعة والبنزين من ٤ جرام الى ٨ في اليوم موضوعا في محافظ هلامية وكذا استعمال حمض البيكريك على شكل حبوب من ٣ ديسي الى ٥ في اليوم واذا تمكن الداء ولم تمكن ازالته تستعمل المسكنات لاجل تسكين الآلام العضلية وتستعمل الحمامات الساليسيلية

(تنبيه)

الامراض الاخرى العفنة التي لم تذكر هنا كالجريب والتدرن والسعال الديكي قد ذكرت في مواضعها في أبواب أخرى فمن أراده فليراجع

(تم الجزء الخامس ويليه السادس في أمراض الدم)

فهرست الجزء السادس فى أمراض الدم (البنيية) من الخلاصة الطبية

صحيفة	
١	المبحث الاول فى الانيميا والخلوروز
٦	« الثانى فى الانيميا الاصلية والخبيثة
٨	« الثالث فى اللوسومى)
١٠	« الرابع فى اللوسيميا الكاذبة اللينفاوية
١١	« الخامس فى ذوبان المادة الملونة لكرات الدم
١١	« السادس فى الفوزفورية
١٣	« السابع فى الهيموفيلى النزيفى
١٤	« الثامن فى الاسكربوط
١٧	« التاسع فى الديابيطس السكرى
٢٤	« العاشر فى الديابيطس غير السكرى
٢٦	« الحادى عشر فى داء الخنازير
٣٠	تذييل فى الكلام على التسممات

تمت

الجزء السادس

فى أمراض الدم أى الامراض البنيية

(المبحث الاول فى الانيميا والخلوروز)

هما حالتان مرضيتان يحصل فيهما فقر الدم من كراته الحمراء الذى به يبهت لون الانسان أو يحصل نقص فى كمية الدم

(الاسباب) – تنقسم الانيميا الى أصلية أى ذاتية وتابعية أى ثانوية فتوجد الاصلية عند من تكون حالتهم الظاهرة صحية والتابعية عند المصابين بأمراض أخرى ويتعسر التميز بين هذين القسمين فى الطب العملى لما يوجد فى بعض الاحوال من الأنيميا التى لا يعرف سببها حتى يعرف أنها أصلية أو تابعية وقد أدخلوا تحت الاصلية الأنيميا البنيية التى توجد فى الحال المتوسط بين الصحة والمرض كما توجد عند من يكون لونهم مدة حياتهم باهتا وبنيتهم جيدة قوية الا أنهم ليسوا متمتعين بكمال النشاط يتعبون سريعا ويشتكون آلاما فى الرأس وسبب ذلك الوسط العائش به هؤلاء الاشخاص كما يشاهد عند الفقراء المنهمكين فى الاشغال العائشين فى أمكنة هواؤها غير نقى مع أن تغذيتهم غير كافية فان جميع ذلك يوجب قلة تحيون الدم ومن أسباب الاصلية أيضا عدم تتميم وظائف الاعضاء الذى يشاهد من ابتداء سن الاطفال الذين يكونون نحفاء باهتى اللون وان كانوا متمتعين بسائر الشروط الصحية وكذا تشاهد الانيميا زمن نموهم وبلوغهم وأبدى فيرشوف للانيميا البنيية سببا آخر منحصرا فى المجموع الدورى كصغر القلب وتظهر الانيميا والخلوروز موقتا عند البنات الابكار من السنة الرابعة عشرة الى العشرين سواء كن متمتعات بالشروط الصحية أولا وأشغالهن جسمية أو عقلية

وأسباب الأنيميا التابعية فقد الدم عقب الانزفة المعدية والرئوية والرحمية والمعوية والكلوية وعقب جروح الشرايين الكبيرة الخ ومن أسبابها جميع الامراض الحادة والمزمنة التى تحدث اضطرابا فى تتميم وظائف الاعضاء ومنها فقد الهواء الجيد والحمى

والتقيح المستطيل واضطراب الهيئة والحرمان من التغذية لعدمها أو لضيق فى مجرى البلعوم والمرىء والسل والامراض العصبية والامراض العفنة وأمراض الحركة كالتيفوس البطنى والجدار والزهرى والامراض الآجامية المزمنة والتسممات المزمنة كالتسمم بالرصاص وكذا الاستحالة النشوية لبعض الاعضاء

وأما سبب الخلوروز فغير معروف الى الآن ويحتمل أن يكون مرضا فى الدم ووقوفا فى نموه بدون أن يعلم طريق ذلك

(الاعراض الاكلينيكية للانيميا) — العرض الرئيس بهاتة الجلد والاغشية المخاطية التى ترى وهذه البهاتة تكون واضحة فى الوجه وملتحمة العينين وبعضهم يهتم بلون الملتحمة والشفتين الباهت الذى تكون درجته فى البهاتة من اللون الخفيف الى اللون الاصفر الشمعى وهذا يتعلق بنقص العناصر الملونة للدم خصوصا كراته الحمراء وسنذكر ذلك عند التكلم على الانيميا الخطرة ويضاف الى بهاتة اللون ضعف التنبيه العصبى الناشىء عنه ضعف القوى المحركة لان هؤلاء المرضى يحسون بضعف عضلى فى العضلات الارادية فتتناقص القوى العضلية شيأ فشيأ حتى لا يمكن المرضى الوقوف ولا المشى فى الانيميا الخطرة ويصحب ذلك اضطراب فى القوى العقلية وعدم قدرة على الاشغال العقلية واحساس بتعب وتنفس والغالب أن هذا الضعف يصيب أيضا الحواس ويجوز أن ينشأ عن الانيميا فقد القوة الحافظة وغيبوبة الحواس وهذا ما يفسر سقوط الانيماويين حال الوقوف بكثرة وحال الوضع الافقى بقلة لازدياد أنيميا المخ فى الحالة الاولى وشوهد العمى فى الانيميا عقب فقد كثير من الدم وفى هذه الحالة تكون أنيميا العصب البصرى سببا فى ذلك

وكما يحصل اضطراب فى المجموع العصبى كذلك يحصل فى الافرازات ويشاهد جفاف الفم وقلة افراز العصير المعدى خصوصا حمض الكلورايدريك وينشأ من ذلك عسر الهضم وشوهد أيضا ضعف فى التغوط وامساك ناتج عن حركة القناة المعوية وعن افرازها ويوجد عند الانيماويين تنبيه عصبى يحتمل انه ناتج عن تنبيه بعض الاعصاب لتكونات غير طبيعية ليست تامة التأكد ومن هذه الاعراض القلث والقىء والزغطة والتثاؤب التشنجى والالم العصبى الرأسى وغير ذلك

النبض عند الانيماويين يكون متواترا غالبا مرتفعا من (٨٠) الى (١٠٠) فى الدقيقة وقد يكون عريضا ويسمع فى القلب لغط انقباضى فى محاذاة قاعدة القلب يقال له اللغط الانيماوى لكن لم يعرف سببه هل هو استحالة شحمية أو عدم كفاية غلق صماماته ويسمع أيضا الغط فى الوريد الوداجى والقلب يصير كثير التنبيه فتزداد ضرباته من أقل مؤثر كما انها تنخفض بسرعة والنفس يتواتر أيضا عند الانيماويين ويزداد عند المتقدمين منهم حتى يصل الى ضيق النفس لقلة التأكسد

واحتراق الاوكسيجين فى الانيميا يتناقص بكثرة فيتناقص الزلال ويخرج كثير من الأزوت بواسطة البول ونشاهد هذه الحالة كثيرا فى الانيميا المصحوبة باستحالة شحمية خصوصا فى القلب والكلى وهذه الاستحالة هى الظواهر التشريحية لتلاف الالبومين غير الطبيعى الذى يحصل فى الجسم لان الشحم هو البقايا التى لم يؤثر فيها الأزوت الزلالى وحفظ هذا الشحم عند الانيماويين يتعلق بعدم تمام تأكسده ويصحب ذلك أعراض الاستحالة الشحمية لكل من القلب والكلى وكذلك بعض أنزفة

وأما بول الانيماويين فرائق عادة لقلة المادة الملونة له المتعلقة بضعف الدم وبزيادة افراز البول الذى يصل مقداره أحيانا من ١٥٠٠ الى ٢٠٠٠ سنتيمتر مكعب فى أربع وعشرين ساعة ومع ذلك يزداد وزنه فيكون أحيانا من ١٠١٥ – ١٠٢١ وهذا الازدياد ناشىء من كثرة المواد فيه كالبولينا والفوسفات والبولات ولا يوجد الزلال فى بول الانيماويين الا اذا كانت هناك مضاعفة من جهة الكلى وليس من النادر ارتفاع درجة الحرارة حتى تصل الى ٤٩ وليس ذلك متعلقا بآفة التهابية بل بوجود مخمر ليفى فى الدم

(سير الخلوروز) — الخلوروز نوع من الانيميا الاصلية يوجد عند الاناث زمن البلوغ وقد يحصل عندهن وهن متمتعات بصحة جيدة ثم يزول بعد جملة أسابيع وقد يزمن ويستمر مدة

(أعراض الخلوروز) — تشتبه بأعراض الانيميا التى ذكرناها وانما تختلف بالنسبة لاحوال الخلوروز فقد تكون الحالة خفيفة وقد تكون خطرة ولا حاجة لاعادة الاعراض السابقة فى الانيميا وعند الخلوروزيات والانيماويات لا ينتظم الحيض وتنقص كميته ويكون دم الخلوروزيات باهت اللون كما يشاهد فى دم أصابعهن واذا بحث عنه بالميكروسكوب

ترى كراته باهتة ليس بعضها مصطفا بجوار بعض ومختلفة الحجم والكرات البيضاء زائدة العدد مع وجود عناصر جنينية وقد حصروا الكرات الحمراء فوجدوها ناقصة العدد اذ فى الحالة الطبيعية يبلغ عددها خمسة ملايين فى المليمتر المكعب وأما عند وجود الخلوروز والأنيميا فلم يجدوا من الكرات الحمراء الاثلاثة ملايين الى ثلاثة ونصف وقد تكون أقل كما تنقص المادة الملونة أحيانا

(التشخيص) - تشخيص الخلوروز سهل بمعرفة أعراضه كبهاتة اللون المخضر ويصعب اذا اعتبر أن الأنيميا لا تتصف بالخلوروز الا اذا كانت طبيعتها أصلية وحينئذ يلزم فى تشخيص الخلوروز البحث الدقيق على الجسم للوقوف على الاسباب التى تحدث الأنيميا كالامراض وفقد الدم وآفات المعدة والكليتين والزهرى والدرن الخ المسببة لها حصول الانيميا ومما ذكر يعلم أن الخلوروز مرض قائم بنفسه يقرب من الأنيميا من جهة وبعضهم يقربه من الامراض العصبية نظر الارتباط بعض ظواهر عصبية بهذا المرض كالاستيريا وماشابهها وان الخلوروز يكون مرضا ذاتيا أصليا وهو مرض الابكار ويمكن تسميته كاشكسيا العذارى

(التشريح المرضى) - طالما اشتغلوا به ليدركوا فرقا بين الخلوروز والأنيميا فلم يصلوا الى ذلك وعدد الكرات الحمراء للدم عند الخلوروزين لا يظهر لنا شيأ لانه اما ان يكون زائدا أو ناقصا على حسب الاحوال وكبر هذه الكرات فى الأنيميا ليس موجبا للفرق لوجود كرات أخرى صغيرة جنينية وفى الخلوروز نجد أن مشمول الكرات الحمراء تناقص وتأكسده قل وينسب لذلك احتمال تأثير هذه الكرات على الاعصاب وحصول الاضطرابات المختلفة التى تشاهد فى هذا المرض وكذا اللون المخصوص للمصابين به الا أن قلة مشمول الكرات لا يختص بالخلوروز بل يوجد أيضا فى الانواع المختلفة للأنيميا

(المعالجة) - معالجة الانيميا والخلوروز تنحصر فى الوسائط التى بها يتجدد الدم وهى اما غذائية أو صحية أو دوائية فالغذائية والصحية كاستعمال الاغذية الجيدة والهواء الجيد والاقامة فى الغيطان والبلاد الجبلية وشواطئ البحار ويلزم أن تكون الاغذية كثيرة المواد الزلالية السهلة الهضم وان ينقص عند السمان الغذاء الكربونى كالمواد الشحمية وتعطى

المواد النشوية السهلة الهضم للنحفاء وكذا الزبدة الجيدة وزيت السمك ويكون اللبن جيدا متى أمكن التغذى به والبعض استعمل المشروبات الروحية لتقوية المرضى ولتنبيه الشهية خصوصا استعمال البيرة ويضاف الى ذلك الرياضة غير الشاقة وقد تكون الراحة لازمة وأما الواسطة الدوائية فمنها الحديد ومركباته التى هى أجود الادوية المستعملة فى معالجة الانيميا لكن لم يعلم الى الآن كيفية تأثيرها وقد دلت الابحاث على ان أملاح الحديد لا تمتص الا بكمية قليلة فى القناة المعوية وأن كمية الحديد التى اكتسبها الجسم قليلة جدا وأن كمية الحديد المشتملة عليها الاغذية تكفى فى ذلك أحيانا وأعطى بونج أخيرا تفسيرا مقبولا للتأثير العلاجى للحديد وسماه مجدد الدم ولو فى بعض الاحوال وهو أن الحديد لا يوجد فى الاغذية على حالة مركب غير عضوى بل على حالة مركب عضوى كثير التضاعف وان أملاح الحديد غير العضوية تمنع مجدد الدم من التحليل وكذا تعادل الكبريتورات القلوية التى تتكون بسهولة فى الامعاء والتى ثبت اتلافها لمجدد الدم

ومما ذكر يعلم ان الحديد لا يؤثر بكيفية واحدة فى جميع أحوال الانيميا فقد ثبت أن كثيرا من المرضى يتعاطى الحديد بدون نتيجة وأيضا تأثير المركبات الحديدية بقدر ما يظهر انه جيد من الظاهر الا أنه غير كاف فى المقصد العلاجى ولذا يلزم فى استعمال الحديد أن يعطى منه كثير مرتين أو ثلاثا فى اليوم عقب الطعام فيعطى الحديد المحضر بالايدروجين من ٥ سنتى الى ٢ ديسى وتعطى الاطفال الشكولاتا الحديدية وتعطى أيضا كربونات الحديد وأوكسيد الحديد السكرى الذائب من نصف ملعقة شاى الى ملعقة فى مقدار من الماء وكذا تعطى لبنات الحديد فى اليوم الى ٧٠ سنتى والمركبات الحديدية الاخرى والصبغة الايثيرية لكلورور الحديد وصبغة مارس التفاحية وحدهما من ٢٠ - ٤٠ نقطة أو مع شراب والصبغة الاخيرة تستعمل كثيرا عند الاطفال ويستعمل أيضا روح ألبومينات الحديدية ثلاث ملاعق شاى فى اليوم وكذا مستحضر الكرات من الباطن خصوصا أقراصها المنسوبة لنيفر المحضرة من دم البقر وقد نجد مرضى لا تتحمل معدتهم الحديد ويحصل عندهم اسهال فيلزم تغيير الدواء أو تنقيص كميته فيلتجأ الى استعمال المياه الحديدية وأحسنها المياه الحديدية الفوسفاتية والمياه الحديدية التى تشرب من ينبوعها لجودة

الهواء هنالك فالمياه الحديدية التى فى السويس هى مياه كود وڤاربو لتسو هومبور شيڤالباخ سمورس ثم مياه أوريزا وفرانسيسباد والادوية الاخرى التى تعطى من الباطن هى الزرنيخ الذى ينجح كثيرا خصوصا فى الخلوروز ويعطى من حمض الكلورايدريك عند ضعف المعدة عقب كل أكلة فى نصف كأس ماء من ١٠ الى ١٥ فى اليوم واستعمل حقن الدم تحت الجلد وتعالج الاعراض بما يناسبها

(المبحث الثانى فى الانيميا الاصلية الخبيثة)

تعرف بالانيميا الخبيثة الساعية أو الشكل الخطر من الانيميا الاصلية أو التى تقف عند وصولها الى آخر درجة شدتها وهى تنتهى عادة بالموت

(الاسباب) – أسبابها وقوف تحيون الدم أو فساد فيه أو سبب مجهول لا يحقق لنا وجوده أحيانا الا فعل الصفة التشريحية كسرطان فى المعدة أو ديدان أو ضمور فى جدران المعدة أو الامعاء الخ وينتج مما ذكر ان السبب الخصوصى للانيميا الاصلية الخطرة ليس معروفا معرفة تامة مثل الخلوروز ووجد (كلبس) فى دم الانيماويين ميكروبا عضويا سماه سير كوموناس جلوبوليس وسير كوموناس ناڤسكيلا وفرانكن هوسر ونسب لذلك السبب المرضى الا أن هذا الاستكشاف يحتاج لابحاث أخرى ويكثر هذا المرض فى بعض البلاد وعند الضعفاء والمحرومين من الاغذية

(الاعراض) – تبتدئ هذه الانيميا الخبيثة عادة عند الاصحاء بكيفية مخفية تدريجية بحيث لا يتيسر تعيين وقت ابتداء المرض خصوصا اذا أصابت ضعفاء البنية نعم تظهر بعض علامات عند النساء الحوامل وتبتدئ بأعراض الانيميا والخلوروز كالتكسر والتعب السريع ووجع الرأس والدوار وطنين الاذنين والغثيان والقىء وبهاتة لون الجلد والاغشية المخاطية وهذه الاعراض تقف عند هذا الحد فى الخلوروز وتزيد عنه فى الانيميا الاصلية الخبيثة ولتعسر شرح الادوار التى تتعاقبها هذه الاعراض نقتصر على بعضها فنقول متى زادت عن هذا الحد تضعف قوى المريض بالكلية ويلازم الفراش ولا يمكنه الوقوف لما يحصل من أنيميا مخه ويبهت الوجه فيكون كالشمع مع اصفرار ويظهر فى الجلد

بعض نقط دموية وكذا يبهت الغشاء المخاطى للثة والشفتين الا أن المريض يحفظ قوته العقلية ويجاوب ببطء مع انطفاء صوته وعدم قدرته على الاشغال العقلية وطنين أذنيه يكتسب أشكالا مختلفة واذا بحثنا على الجسم نجد فى الغالب ان الحدقات متمددة قليلا ويضطرب النظر بشبه ذباب طائر ولا يوجد هنا العمى الانيماوى واذا بحث عن العين بالمنظار العينى يوجد فى الشبكية بقع دموية سكتية لا توجد فى الانيميا البسيطة ويكون التنفس متكررا شاقا غائرا عسرا أحيانا مع حصول بعض نقط نزيفية فى الشعب توجد نفثا مدمما الا أن الرئتين لا يوجد فيهما شىء وهؤلاء المرضى معرضون للرعاف ويشاهد من الاعراض فى الجهاز الدورى أصمية القلب التى تكون طبيعية عادة وقد تكون متزايدة ووجود صدمته فى مسافة متسعة وشدة ضرباته وتزايد نبضه من ١٠٠ الى ١٢٠ ويسمع اللغط الانيماوى جهة القمة وبالاكثر جهة القاعدة ويسمع اللغط الوريدى فى الاوردة الوداجية (اللغط العفريتى) ويشاهد من الاعراض فى الجهاز الهضمى بهاتة اللسان ونعومته وجفافه وضعف وظائف المعدة وفقد الشهية وحصول قلث وقىء وضعف فى التغوط وأحيانا اسهال وقىء الخ ومن الاعراض المهمة تألم العظام من الضغط الذى يقع عليها وشوهد انتفاخ الركبتين

وقد بحثوا على الدم كثيرا فلم يجدوا صفات خصوصية لهذا الداء ووجدوا الدم باهتا مائعا وعدد كرات الدم فيه متناقصا جدا حتى لم يتيسر وجود نصف مليون من الكرات الحمراء فى ملميتر مكعب من الدم ووجد اختلاف فى حجم وشكل الكرات

ودرجة الحرارة هنا ترتفع الى ٣٨ أو ٣٩ وتتنازل عند قرب الموت الى ٣٠ ويجوز أن يختلط مشتمل الكرات مع الدم وقيل ان هذا الفعل يتلف الكرات البيضاء فتحدث الحركة الحمية وتسمم البنية الذى يعقبه بعض اعراض مصاحبة للانيميا

(الانذار والسير والمدة والانتهاء) – اسم هذه الانيميا دال على انها خطرة وان لم تحصل فيها مضاعفات ومدتها من ثلاثة شهور الى ستة تقريبا ويجوز حصول تذبذب فى سيرها بالخفة والثقل كما يجوز حصول شفاء ظاهرى ثم يعود المرض وأما الشفاء الحقيقى فنادر جدا

(التشخيص) – صعب ويلزم تمييز الانيميا الخبيثة عن الخلوروز والتدرن البطىء وآفات

المعدة والديدان الشريطية ويتوصل الى ذلك بتاريخ المرض وبالعلامات الاكلينيكية

(المعالجة) - لايوجد لمعالجة الانيميا الخبيثة وسائط سوى ماذكر فى الانيميا غير الخبيثة فلالزوم لاعادتها هنا نعم اذا تقدم الداء تستعمل الحمامات الملحية والحمامات الحاملة لغاز حمض الكربونيك واذا أريد انتقال الدم يحقن من الدم الخالى من المواد الليفية خمسون سنتيجرام مكعب من وريد الى آخر أو تحت الجلد ثم يدلك المحل المحقون فيه دلكا تاما ليحصل الامتصاص بواسطة الاوعية الليمفاوية وقد حصل من هذه العملية نتيجة جيدة وعند اللزوم تكرر

(المبحث الثالث فى اللوسومى أى بياض الدم)

هذا المرض يتصف بزيادة عدد الكرات البيضاء للدم كما أفاد ذلك فيرشوف سنة ١٨٤٥

(الاسباب) - زيادة عدد الكرات البيضاء للدم تحصل أحيانا حصولا وقتيا فى كثير من امراض ذات طبيعة مختلفة وقد تكون العرض الرئيس لحالة مرضية مخصوصة متعلقة بتغير فى بعض الاعضاء الباطنية فيتكون المرض الذى نحن بصدده ففى الحالة الاولى لايرتقى عدد الكرات ارتقاء زائدا بل توجد كرة بيضاء لستمائة كرة حمراء أو أكثر ثم تصل الى واحد لمائة أو واحد لخمسين وهذه الحالة يقال لها الليكوسيتوز الذى يشاهد فى الامراض الحادة العفنة كالتيفوس البطنى والحمى الراجعة والمتقطعة والامتصاص الصديدى الخ وأما اللوسومى أى الحالة الثانية فمرض نادر غير واضح يتصف بتغير فى الطحال والنخاع العظمى وأحيانا بتغير العقد الليمفاوية مع ازدياد عدد الكرات البيضاء فى الدم وحينئذ تكون حالة مرضية لاعضاء طبيعتها مرتبطة بتكون الدم وبناء على ذلك يوجد فى هذه الاعضاء آفة أصلية مصحوبة بازدياد الكرات البيضاء الناشئة عنها وأما سبب اصابة هذه الاعضاء فلم نعلمها الى الآن وهذا المرض عند الفقراء أكثر منه عند الاغنياء وهو كثير فى سن ٣٠ الى ٤٠ نادر فى غيره وانفعالات النفس وتكدرها لهما دخل فى ظهوره

(الاعراض) - اعراض اللوسومى الاكلينيكية تشتبه بظواهر الانيميا الساعية المزمنة كما شرحنا ذلك فى المبحثين المتقدمين ومن الاعراض اصابة الطحال والغدد ونخاع العظام وتغيرات الدم وفى الاحوال المتقدمة يكون الدم باهتا مائعا لايتميز عن دم المرضين المتقدمين

لكن

لكن يشاهد فيه بالميكرسكوب زيادة عدد الكرات البيضاء كما سلف واذا قورنت بالكرات الحمراء يعلم ان حجمها مختلف فمنها الصغيرة المتكونة فى العقد الليمفاوية مع كثرة عددها فى اللوسومى الليمفاوية ومنها الكبيرة الحجم المصاحبة لتغير الطحال والنخاع العظمى وتشتمل على حبيبات وتكون أكبر من الكرات البيضاء المعتادة للدم والكرات الحمراء تتناقص وأما التغيرات العضوية فأكثرها ثباتا تاكبر حجم الطحال الذى يعرف بعلاماته وأما اصابة النخاع العظمى فيتعسر اثباتها زمن الحياة والعرض الوحيد الذى ينسب الى هذه الآفة وان لم يكن واصفا لها هو ألم العظام الذى يحصل بالضغط عليها وتعرف اصابة العقد الليمفاوية باحتقاناتها فى مواضعها وأما باقى الاعراض فتتعلق بتغير الدم وتشابه اعراض الانيميا فلا حاجة لاعادتها ونسبة الكرات البيضاء للحمراء تكون ١:٣ أو ٢:١

(السير والمدة والانتهاء) - سير اللوسومى مزمن عادة ويبتدئ تدريجا بكيفية غير ظاهرة ومدة المرض طويلة وقد تكون قليلة والانتهاء محزن ويحصل الموت من تقدم الداء أو من الانزفة التى تحصل ويجوز حصول الشفاء

(التشخيص) - سهل بواسطة الميكروسكوب الذى يرينا كرات بيضاء كثيرة فى الدم وزيادة حجم الطحال واحتقانا فى العقد الليمفاوية ويلزم تمييز زيادة حجم الطحال من الكيس المبيضى عند المرأة ويتوصل الى ذلك بالبحث عن الدم ومعرفة أن زيادة حجم الطحال ناشئة عن امراض آجامية

(المعالجة) - الادوية المستعملة فى معالجة بياض الدم معظمها مستعمل فى الانيميا الاصلية كالمركبات الحديدية والزرنيخ والادوية التى تؤثر فى الطحال كالكينين وأوصى باستعمال ما يأتى وهو مائة نقطة من البيرين وزيت الاوكالبتوس و (٤) جرامات من الصمغ الابيض و (٧) جرامات من مسحوق الخطمية يعمل ذلك مائة حبة ويؤخذ منه ثلاث مرات فى اليوم من ثلاث حبات الى خمس واستعمل أيضا الوضعيات الثلجية على قسم الطحال متى وجد فيه آلام محسوسة وبولكن استعمل تكهرب الطحال واستعمل الحقن بالكينين فى منسوج الطحال بمحلول زرنيخى واستعمل بعضهم استئصال الطحال ثم ترك لانه غير جيد النفع مع ما فيه من الخطر واستعمل نقل الدم بحقنه تحت الجلد ويظهر أنه مفيد وفى الايام

الاخيرة استعمل الاستنشاق بالاوكسجين ويلزم اتباع ماسبق فى معالجة الانيميا

(المبحث الرابع فى اللوسيميا الكاذبة الليمفاوية)

هى مرض تكون فيه الكرات البيضاء أقل منها فى اللوسومى وهى أخف من اللوسومى وتقرب من الانيميا ولذا اقتصرنا على تعريفها

(المبحث الخامس فى ذوبان المادة الملونة لكرات الدم الحمراء)

هذه المادة تذوب بأى سبب وتوجد فى مصل الدم وتخرج بطريق الكلى وحينئذ يصير البول دمويا

(الاسباب) — منها بعض السموم (كاورات البوتاسا وحمض البيرو عفصيك وزيت النفض والجليسرين) فمتى وصل قدر وافر من هذه المواد الى الدم أثر فى كراته الحمراء وأتلفها فيحدث البول الدموى وبناء على ذلك يكون الماء المقطر سما للكرات الحمراء وكذا الفطر المسمى بالموريل وان عد من الاغذية الا أنه قد يشتمل على سم يحدث البول الدموى وكذا الموت ويسبق بأعراض عصبية ويرقانية وهذا السم الفطرى طيار وسريع الذوبان فى الماء الساخن ولذا كان المغلى منه الخالى من مائه والمجفف لا يحدث خطر منهما ومن الاسباب الفواعل العفنة لما فيها من جواهر سمية تحدثها فى الجسم فتؤثر على الكرات وينشأ عنها البول الدموى كما شوهد فى القرمزية الخطرة وفى التيفوس البطنى الشديد الخطر وفيما اشبه ذلك ومن الاسباب المحدثة للبول الاحمر حقن الدم وهذا لا يحصل الا من نقل دم حيوان الى آخر من غير نوعه لان ذلك يوجب ذوبان كرات الدم المحفوظ ومصله يؤثر فى كرات دم الحيوان المحقون فيه فيذيبها كما شوهد ذلك عند انسان حقن بدم حيوان فلا بد أن لا يحقن الانسان الا من الانسان أو يصطحب ذلك بمحلول ملحى ومن الاسباب الحرق فان لها تأثيرا فى ذلك

(الاعراض) تغير الدم يحصل على نوب ويبتدئ بتثاؤب متكرر وآلام فى الرأس وآلام ممزقة فى الاطراف وغثيان وقىء وبرودة فى الاطراف والانف ثم قشعريرة شديدة مع ارتفاع فى درجة الحرارة حتى تصل الى ٣٩ أو أكثر ثم تزول النوب التى تمكث بعض ساعات الى نصف النهار وشوهد طفح انجرى فى مدة النوبة والاعراض المهمة أن يكون البول أحمر غامقا

دمويا وأحيانا مسودا وتأثيره حمضى عادة وكثافته ١٠٠٨ الى ١٠١٢ واذا سخن بالنار تتكون فيه جلطة سمراء تعوم على سطح السائل أولا ثم تنزل فى قاع الاناء بسبب تجمد مشتمل الكرات بواسطة الغلى واذا بحث عنه بالمنظار الضوئى ترى فى المرئى شرطة امتصاص مشتمل الكرات الواصف لها صفراء مخضرة واذا بحث عنه بالميكروسكوب لا ترى فيه كرات الدم وهذا مما يميز هذه الآفة عن البول الدموى ولا يوجد فى هذا المرض الا حبيبات غير منتظمة متكونة من مشتمل الكرات منفردة أو ملتصقة بالاسطوانات الزجاجية الهيئة للكلى واذا بحث عن الدم وقت النوبة واستخرج مصله بواسطة محجم يرى أنه أحمر ياقوتى بسبب المادة الملونة للكرات الذائبة فيه وهذا مما يثبت تلف الكرات الحمراء فى باطن العروق وأما الاسباب المحدثة للنوبة فهى فى الغالب تأثير البرد على الاطراف وتأثير المطر على الجسم ولذا لا توجد هذه النوبة زمن الصيف الا اذا عرض الجسم للبرد الشديد وفعل ارليس وبواس تجربة لاثبات تأثير البرد وهى أنهما غمرا اصبع شخص بعد ربطه فى الماء الجليدى ربع ساعة ثم بحثا عن دم هذا الاصبع فوجدا كراته الدموية تالفة بخلاف دم بقية الجسم ومن الجائز ان بعض حبيبات المادة الملونة للدم تحدث انسداد بعض قنوات البول اذا تكونت أثناء سيرها فيها وهذه المادة لا توجد فى الكلى فقط بل فى الطحال والكبد أيضا ولذا تؤثر عليه أحيانا وتحدث يرقانا ولم يعلم الى الآن سبب اصابة بعض الاشخاص بهذا المرض لتأثير البرد دون غيرهم

(الانذار) — يتعلق بالسبب فيكون خطرا اذا كان المرض ناشئا عن التسمم بالامراض العفنة وما شابهها وغير خطر اذا نشأ عن تأثير البرد وحينئذ لا تعود النوبة اذا ابعد الشخص عن السبب المحدث لها وقد يكون ناشئا عن الزهرى

(المعالجة) — يستعمل الكينين ويتجنب البرد ويستعمل الزئبق اذا كان الشخص ذا بنية زهرية وتعطى مياه كثيرة لقذف الموجود من الكرات التالفة فى الدم ويلزم المريض بالراحة فى الفراش مع التدفئة

(المبحث السادس فى الفورفورية)

هى مرض يتصف بظهور أنزفة خفائية مختلفة العدد فى سمك الجلد والاعضاء الباطنة

(الاغشية المخاطية) وفى الاحوال البسيطة تنحصر اعراضها الرئيسة فى البقع النزيفية وفى الاحوال الخطرة تصطحب بظواهر عمومية كالحركة الحمية والضعف العمومى وتظهر مضاعفات أخرى

(الاسباب) - لم يعرف الى الآن السبب الحقيقى لهذا المرض والغالب أن يحصل بدون معرفة سبب محسوس عند الفقراء والاغنياء على اختلاف سنهم ونوعهم ومع ذلك توجد الفورفورية بكثرة فى أحوال مرضية كالاسكربوط والاريتما النضحية والجدار والتهاب باطن غشاء القلب وهذه الاحوال المرضية من الامراض العفنة

(الاعراض) - الفورفورية الخفيفة البقع الدموية تشغل الاطراف السفلى خصوصا بصيلات الشعر وقد تشاهد فى الجذع والاطراف العليا ولا توجد فى العضلات واللثة الا اذا كانت مصاحبة للاسكربوط ويقال ان الفورفورية تكون بسيطة أو خفيفة متى كانت غير مصحوبة بعلامات أخرى مرضية أو مصحوبة بعلامات غير ظاهرة وهذا النوع يشفى فى عشرة أيام الى عشرين وان حصلت انسكابات دموية فى حلمات جلدية متكونة من قبل فالمرض يعرف بالانجرية الفورفورية وتصحب البقع النزيفية عادة بآلام حدارية أو بآلام ناخسة وباضطراب عمومى وحركة حمية وفقد شهية وملل وعدم قدرة على الاشغال جسمية أو عقلية والغالب ان يحصل ارتشاح فى مفاصل الركبتين والاشكال الخفيفة للفورفورية التى ذكرت تنتقل الى الاشكال الثقيلة بدون ان يوجد بينهما حد فاصل وحينئذ تسمى الفورفورية النزيفية الا أن هذه التسمية ليست ذات أهمية لان الفوفورية تكون دائما مصحوبة بنزيف وفى هذا النوع تحصل أنزفة مخاطية من الانف والفم وسقف الحنك والامعاء وبعض الاعضاء الباطنية كالاغشية المصلية والكليتين والمخ وفى هذه الحالة تشتد الاعراض وتصير خطرة بحسب مجلس النزيف الذى يحصل وتبقى اللثة على الحالة الطبيعية وقد يشاهد التهاب الغشاء الباطن للقلب وقد تحصل اعراض من جهة الغشاء المخاطى المعوى

(الانذار) - هذا الشكل لا يخلو من الخطر سواء كان من نفس المرض أو من الانيميا التى تعقبه وقد يمتد المرض بعض أشهر

(المعالجة) - يلزم حفظ قوى المريض بتعاطى الاغذية الجيدة و يعطى الارجوتين من

الباطن

الباطن من ٥ ديسى الى جرام وفوق كلورور الحديد جرام فى ماء القرفة أو ليمونات معدية أو مغلى الكينا واذا وجدت مضاعفة من جهة المفاصل أو الغشاء الباطن للقلب يعطى الانتبرين وحمض الساليسيليك

(المبحث السابع فى الهيموفيلى أى سوء القنية النزيفى)

الهيموفيلى حالة بنيية مخصوصة غير طبيعية تنحصر فى استعداد بعض الاشخاص للانزفة الفجائية ذاتية كانت أو جراحية

(الاسباب) - الغالب ان يكون سبب هذا المرض خلقيا أو وراثيا من جهة الام غالبا لانه وجد فى ذرية بعض العائلات ذوات سوء القنية النزيفى وثبت بالمشاهدة أن رجالا منسوبين لعائلات ذوات سوء قنية نزيفى وهم ذوو بنية نزيفية تزوجوا بنساء جيدات الصحة من عائلات كذلك فلم يخلفن الاذرية ذات صحة جيدة ليس عندهم استعداد لهذا المرض وبالعكس ذرية النساء اللاتى من عائلات ذوات سوء قنية نزيفية وشوهد سوء القنية النزيفى فى نوع الرجل أكثر منه فى نوع المرأة وهذا المرض نادر الوجود مع انه يوجد فى جميع الجهات تقريبا والاسباب الحقيقية له لم تعرف الى الآن معرفة جيدة غير أن وجوده لا يحصل الا بشرطين الاول هو الحالة غير الطبيعية لجدران الاوعية التى تتمزق بسهولة والثانى هو انعقاد الدم انعقادا غير تام وهذه الحالة تفسر حصول النزيف من جرح لكنهم لم يتوصلوا الى معرفة السبب الذى يمنع انعقاد الدم انعقادا تاما سواء كان كيماويا أو تشريحيا الان تركيب دم ذوات سوء القنية النزيفى لا يخالف تركيب الدم الطبيعى لا فى أملاحه ولا فى جواهره الزلالية الليفية ولا فى جواهره الاخرى وأما الاستحالة الشحمية التى تحصل أحيانا فى جدر بعض الاوعية فهى نتيجة الانيميا التى تحصل وأما ما يخص القلب فيختلف بالنسبة لحجمه فتارة يكون صغيرا وأخرى كبيرا وتارة يكون طبيعيا

(الاعراض والسير) - وجود الانزفة ليس دائما بدرجة شديدة بل تارة يكون الدم بكمية قليلة وتارة بكمية كثيرة والصفات المميزة لسوء القنية النزيفى كثيرة منها حصول النزيف فى صغر السن من الحبل السرى عند بعض المولودين حديثا أو وجوده عند الختان ومنها حصوله أيضا فى سن الطفولية الثانية والشبوبية خصوصا عند تمام نمو الجسم

فان النزيف حينئذ ينشأ من أى سبب كان كصدمة أو وخزة ابرة أو جرح صغير فى الاصبع أو خلع سنّ أو عض دودة أو عملية صغيرة أو عقب ولادة وهذا لا يشاهد فى الحالة المعتادة ومنها حصول الرعاف من نثر المخاط وادماء اللثة من غسل الفم ولا يحصل النزيف حصولا ذاتيا الا فى الاحوال الخطرة وحينئذ تحصل الازنفة فى الاحشاء الباطنة والعرض الرئيس لهذا المرض هو عدم القدرة على ايقاف هذا الدم بالوسائط المعتادة ولذا يكون هذا المرض خطرا جسيما مع حصوله من أسباب واهية كما ذكرنا ومن أعراض هذا المرض مع اعراض النزيف حصول أنيميا للمريض والمرضى المصابون بهذا الداء عرضة للآفات العضلية والانتفاخات المفصلية الحدارية وفى هذه الحالة نجد انسكابات دموية داخل المفصل تنشأ عنها اضطرابات فى حركة المفاصل تنتهى أحيانا بالانكيلوز وهؤلاء المرضى عرضة أيضا للآلام العصبية كألم العصب التوأمى الثلاثى

(الانذار) — هو خطر غالبا المشاهد ان الاطفال المصابين بالنزيف لا تمضى عليهم السنة الاولى يموتون وأحيانا تكون حميدة وقد شوهدت أحوال تناقص فيها الدم شيأ فشيأ مع تقدم السنّ حتى جاوز المصابون سنّ الطفولية وسنّ البلوغ وقد يستمر الداء الى أن يحصل الموت من تكرار الازنفة أو من حصول الانيميا التابعية

(المعالجة) — يبتدأ أولا بتحسين حالة البنية واقامة الشخص فى هواء جيد واستعمال الحمامات والمقويات ثم تجتنب الاسباب البادية التى تحدث الازنفة كتلقيح الجدرى والختان وبعض العمليات والتعرض للجروح وأمّا الوسائط الدوائية فقليلة النجاح والذى ينفع منها هو الارجوتين وخلات الرصاص ولكن لا تأتى بالمقصود وأما ما يختص بمعالجة الانيميا والمضاعفات فقد ذكر فى أبوابها

(المبحث الثامن فى الاسكربوط)

الاسكربوط مرض يعرف بتغير فى اللثة ولذا سماه بعضهم بمرض اللثة وهو وان كان له ارتباط بالامراض الاخرى النزيفية التى سبق ذكرها لكونه ذا قنية نزيفية الا أن له صفات خاصة به ونزيفه يحصل فى الغلاف الجلدى وقد يحصل فى الاغشية المخاطية والعضلات والمفاصل

(الاسباب) — يظهر الاسكربوط على شكل وبائى وشكل جنسى وشكل منعزل فكان يظهر وبائيا فى الزمن السالف الذى خلا عن الشروط الصحية الجيدة وكان يشاهد فى الجيوش والمدن المحصورة وبعض السفن قديما وهو المرض الذى لا يمكن ايقافه والمميت لمعاش السفن ويشاهد أيضا بحالة جنسية فى السجون والقشلاقات وبناء على ذلك يحتمل أن سببه عضوى وفى الزمن القديم كانوا يعتقدون ان السبب هو الوسط الذى تعيش فيه الاشخاص وكذا التغذية ولا شك أن لهذين السببين تأثيرا فى انتشار المرض الا أنهما ليسا بسبب اصلى لجواز حصوله بدون وجودهما ولذا نعتبرهما وسائط استعداد ومن مدة مديدة جعلوا أهمية مخصوصة للاغذية الرديئة سواء كانت غير جيدة أو غير كافية أو ان أحد جواهرها زائد كالاملاح التى تدخل فى اللحوم المستعملة فى الاسفار البحرية أو أن ذلك ينتج من حرمان تعاطى بعض الاطعمة كالمواد النباتية الرطبة أو من وجود بعض أملاح البوتاسا ومع ذلك فقد توجد أوبئة كثيرة من هذا المرض خالية عن هذه الاسباب بل تكون التغذية فيها كثيرة جيدة مصحوبة بحركات قلوية وهناك أسباب أخرى تحدث استعدادا لهذا المرض كالمساكن الرطبة وتأثير الجو البارد وأحيانا الحرارة المستمرة والتعب الجسمانى الزائد عن الحد وأما النوع والسن فلا تأثير لهما فى ظهوره نعم الاشخاص ضعاف البنية أكثر عرضة له من غيرهم وقد نسبوا للعدوى تأثيرا هنا الا أنها تكون فى أحوال قليلة

(الاعراض والسير) — الاسكربوط لا يكون فى العادة فجائيا بل تدريجيا مبتدئا ببعض أعراض عمومية كملل وخمود عمومى واحساس بضيق نفس وخفقان ويضاف الى ذلك آلام حدادية فى الظهر والاطراف خصوصا الساقين حتى تلازم المرضى الفراش وتحس بالبرد كثيرا وتضعف قواها العقلية وبعد ظهور هذه الاعراض ومكثها مدة تطرأ اعراض أخرى مميزة للاسكربوط وهى حصول الازنفة الفجائية فى الاطراف السفلى وبعضها يكون فى المنسوج الخلوى للجلد ويكوّن بقعا حمراء دكنة مختلفة الاتساع والعدد تشغل غالبا بصيلات الشعر ثم ان البقع النزيفية لا تقتصر على الجلد بل تحصل فى الانسجة الاخرى من الجسم والبقع التى تكوّنت فى الجلد تكتسب ألوانا مختلفة كما يحصل فى الا كيموز وليس

من النادر حصول أنزفة غزيرة فى الاطراف العليا والجذع خصوصا فى الاحوال الخطرة وتشاهد أحيانا اماتة الجلد فى محاذاة البقع الدموية وتقرحه وقد تصطحب هذه البقع الدموية الجلدية بطفح كالاريتما وتكون فقاقيع وبثرات وحلمات اسكربوطية

وقد يحصل غير الانزفة التى ذكرت أنزفة أخرى فى الاغشية المخاطية كالرعاف المتكرر والنزيف الفمى والمعدى والمعوى والشعبى والكلوى والحوضى وكذا فى الاغشية المصلية والعرض المهم سوى الانزفة اصابة اللثة التى تكون معجلة وتصحب الانزفة أو تسبقها أو تعقبها فتكتسب اللثة لونا مزرقا سيانوزيا وتحتقن بالدم وتلين وتنتفخ وتصير مؤلمة وتنزف بسهولة وهذه التغيرات تكثر فى الحافة السائبة من اللثة أى بين الاسنان ونتعجب من عدم وجودها فى المحال الخالية منها وبناء على ذلك لا توجد عند الاطفال قبل التسنين ولا عند الهتم من الشيوخ وفى الاحوال الخطرة تصطحب هذه التغيرات اللثوية بالغشاء المخاطى ويعقبها قروح تمتد شيأ فشيأ حتى تعم هذا الغشاء وتكون الالتهاب الفمى التقرحى الاسكربوطى المختلط ويتصاعد منه رائحة عفنة

ومن الاعراض حصول ظواهر عمومية كالانيميا الاسكربوطية واعراض الانيميا وكذا اصابة بعض الاعضاء كحصول الذبحة التى تكون نزيفية أحيانا وكالالتهاب الشعبى والرئوى الفصيصى والكروباوى والبليوراوى والتامورى الخ والذى يشاهد من جهة القلب هو النبض فتارة يكون مرتفعا وأحيانا يكون بطيئا صغيرا ضعيفا ولم يوجد الى الآن فى الدم تغير دائم الوجود واصف للداء وغاية ما شوهد هو تزايد حجم الطحال وشوهد زلال فى بول من كان مرضهم خطرا وحصل فيه الالتهاب الكلوى

وللاسكربوط شكلان حميد وخطر وعلى كل سيره بطيء وانذار الخطر محزن وانتهاؤه يتعلق بشكله وبالوسائط التى يمكن استعمالها للمريض

(التشخيص) — يكون سهلا متى وجد العرضان المهمان اللذان هما الانزفة واصابة اللثة ويكون صعبا اذا فقد أحدهما ويلزمنا أن نعتبر حالة الوسط العائش فيه المريض مع ماذكرناه فى ابتداء المرض وبذلك يتميز عن الامراض العفنة التى تحدث أنزفة

(المعالجة) — أول شيء يبتدأ به فى معالجة الاسكربوط هو اتخاذ الوسائط الصحية والغذائية

فتوضع المرضى فى الهواء الجيد ويعتنى بخدمتهم ونظافتهم وبغير ذلك يكون تأثير الادوية ضعيفا ولما علم من أن الحرمان من الخضراوات الخضراء يكون سببا فى حصول الاسكربوط يلزم أن تعطى المرضى منها ومن الليمونا توخصوصا التى تفعل بالليمون مع اعطاء الاغذية الجيدة وتعطى الادوية المرة والمقوية كمغلى الكينا المضاف اليها بعض نقط من حمض الكبريتيك ومركبات الجنطيانا وبعضهم أوصى باستعمال المركبات الحمضية والارجوتين ويلزم الاعتناء بمعالجة أمراض الفم وتنظيفه بمحلول مضادات العفونة وقابض قليل كمحلول كلورات البوتاسا ومنقوع الشاى والمريمية ومس اللثة بصبغة المر أو الراتانيا نافع ومساعد على امتصاص ما ارتشح فى الاطراف بواسطة التكبيس بلطف وكذلك الاطراف المتألمة بواسطة الكلوروفوردم ويستعمل الكافور والايتير والنبيذ فى الاسكربوط الخطر وتعالج المضاعفات بما يناسبها وهذه جرعة يعطى منها كل ساعتين ملعقتان

محلول سسكوى كلورور الحديد	٢ر٠	جرام
ماء قراح	٢٠٠ر٠	»
شراب بسيط	٢٠ر	»

ويعطى كل ساعتين ورقة من هذا المسحوق

أربوتين	١ر٠	جرام	يمزج الجميع ويقسم ١٢ ورقة
خلات الرصاص	٣ر٠	سنتى	
النعناع الفلفلى	٣ر٠	جرام	

(المبحث التاسع فى الديابيطس السكرى)

هذا المرض يتصف بظهور السكر فى البول وان كان الدم لا تخلو طبيعته من قليل السكر لكن لا يظهر فى البول الا اذا تزايدت كميته وظهوره اما أن يكون وقتيا أو دائميا

(الاسباب) — يظهر السكر فى البول من تأثير بعض السموم كاوكسيد الكربون وحمض البروسيك والزئبق ونتريت الاميل ويحصل أيضا فى أثناء الامراض العفنة الحادة ويكون وقتيا فى دم الطحال وفى الهيضة والتيفوس والقرمزية والدفتيريا ويغلب حصوله عقب اضطراب المجموع العصبى وعقب ارتجاج قوى فى المخ وكسر الجمجمة والنزيف المخى

والالتهاب المخى الشوكى وفى نوب الصرع ففى كل هذه الاحوال المرضية يظهر السكر فى البول وسمى بعضهم ذلك بعسلية البول ونضيف الى ذلك وجود السكر غالبا فى اصابة النخاع المستطيل وهذا يفسر ما قاله كلود برنار من الارتباط الاكلينيكى بين ظهور السكر وحصول هذه الآفة لانه قال ان اصابة أرضية البطين الرابع يوجد فيها دائما سكر البول وحيث لم نعلم الا اليسير من الاسباب التى ليست بواسطة لهذا المرض وطبيعته يعسر علينا القول بأنه مرض قائم بنفسه فى جميع أحواله وحينئذ يمكن القول بأن الديابيطس حالة اكلينيكية عرضية فضلا عن أنه الى الآن لم تعرف له وحدة تشريحية أو ذات سبب واحد بل جميع ما قالته الاطباء فى أسبابه لم تكن الا أسبابا استعدادية وقد أظهرت المشاهدات الاكلينيكية انه يظهر من نفسه عند الاشخاص المتمتعين بصحة جيدة وان الاسباب ذات الاهمية هى الوراثة والمعيشة الرديئة والاغذية غير الجيدة خصوصا المشتملة على كثير من المواد النشوية والسكر والحياة الجلوسية التى تصحبها أغذية غذيرة ولذا يظهر الديابيطس عند الاغنياء والسمان أكثر منه عند غيرهم ويظهر أن تأثير البرد له دخل فى ذلك وكذا الانفعالات النفسية والاشغال العقلية والتهيجات الجنونية ونضيف الى ذلك الجروح التى تحدث الديابيطس خصوصا جروح الرأس وقيل ان سببه هو عدم تميم البنكرياس وظائفه فيحصل نوع تخمر يؤثر على المواد النشوية ويحيلها الى سكر والديابيطس وان كان يوجد فى جميع أنحاء الدنيا لكنه يكثر فى الهند وسيلان وايطاليا والمانيا وقد شاهدته فى مصر بكثرة ويظهر عند اليهود أكثر منه عند غيرهم ولا تصاب به الاطفال وسنهم أقل من عشر سنين الا نادرا وقد شاهدته عند طفل يبلغ عمره أربع سنين فقط ويظهر ان الرجال عرضة له أكثر من النساء

(اعراض الديابيطس) – اعراض الديابيطس السكرى تظهر أحيانا عمومية غير مفيدة كالتعب والملال والضعف العضلى وبها يبتدئ المرض وفى أحوال أخرى يظهر بعض اعراض عصبية وألم فى الرأس واضطراب فى النوم وأحيانا اضطرابات معوية ومعدية كغثيان وقلث وتغوط غير منتظم وأخيرا يشاهد تغير لون بول المصابين بهذا المرض مع ازدياد فى كميته وعطش زائد وضعف فى الجسم رغما عما يتعاطوه من الغذاء ولكون تغير البول هو العرض الرئيس فى هذا المرض نبدأ به فنقول

(صفات البول) – بول الديابيطس متزايد ينفرز منه فى مدة ٢٤ ساعة من ٣ : ٥ آلاف سنتيمتر مكعب وشاهد بعضهم وصول كميته الى ثمانية آلاف بل والى اثنى عشر ألفا وقد لا تحصل هذه الزيادة وهذه الحالة تسمى بالديابيطس الكاذب وبسبب زيادة البول يتغير لونه فيصير أصفر باهتا اذا انعكاس مخضرا أو رائقا كالماء وتعكره ناشئ من تكاثر كرات مخمر وقد ينتشر منه رائحة عطرية خفيفة وهى رائحة الاسيتون وطعمه حلو وتأثيره حمضى وتزداد حموضته بابقائه مدة وسببه التخمر السكرى واللبنى والكؤلى ووزن البول النوعى يزداد بسبب السكر المشتمل عليه فيبلغ ١.٢٥ والبول الذى كثافته هكذا مع بهاتة لونه يشتمل على سكر غالبا وقد تزداد كثافته فيبلغ من ١.٣٠ الى ١.٤٥ أو أكثر وأما وصوله الى ١.٢٠ فنادر وقد تشاهد هذه الكثافة فى دور النزع والسكر الذى يوجد فى الدم أو بول الديابيطس هو سكر العنب ويتحصل منه فى بول ٢٤ ساعة من ٢٠٠ الى ٥٠٠ جرام ويختلف ذلك أيضا بالنسبة لمؤنة المريض والمقدار الذى يشاهد فى البول يمكن أن يبلغ ٨ الى ١٠ فى المائة ويجوز قبل الموت بأيام أن لا يوجد هذا القدر

وأحسن الجواهر المستعملة فى استكشاف السكر فى البول هى الآتية

(أولا) – الجوهر الكشاف لترومير محلول كبريتات النحاس والبوتاسا وكيفية العمل أن يوضع مقدار من البول فى أنبوبة اختبار ويضاف اليه الربع أو الثلث تقريبا من محلول البوتاسا أو الصودا ثم يوضع عليه نقطة فنقطة من محلول كبريتات النحاس جزء على ١٠ فيتلون بلون أزرق سماوى وفى هذه الحالة يلزم اضافة كبريتات النحاس حتى لا يبقى شئ من أوكسيد النحاس الايدراتى الذى يتكون ثم يسخن المخلوط فالسكر يؤثر فى أوكسيد النحاس ويرسب بلون أصفر أو أصفر محمر ومتى ابتدأ هذا الراسب فى التكون لا تنبغى شدة الغليان وادامته لان الراسب يأخذ فى التكون بدون اغلاء ولا بد من تكون راسب لاثبات السكر لان اللون الاصفر قد يحصل من مواد أخرى توجد فى البول

(ثانيا) – الجوهر الكشاف لبوتجير – يمزج البول بمحلول من الصودا أو البوتاسا ويضاف اليه مقدار من محلول نترات البوتاسا القاعدى وبالاغلاء يتلون البول باللون الاسود الناتج عن أوكسيد البزموت

(ثالثا) - الجوهر الكشاف لمور - البوتاسا تلون البول السكرى باللون الاسمر واذا لم يؤكد وجود السكر فى البول بواسطة هذه الجواهر الكشافة تستعمل طريقة التخمير واحالة السكر الى كؤل وحمض الكربونيك وكذا طريقة التقطب بالمنظار الضوئى واتجاه الضوء الى اليمين بتأثير السكر

وبول المصابين بداء السكر يوجد فيه كثير من البولينا وبالعكس حمض البوليك وأما كمية الكرياتينين فتكون طبيعية أو تزداد قليلا وكمية حمض الفوسفوريك والكبريتيك تكون بمناسبة كمية البولينا وقد شوهد زيادة افراز النوشادر بالبول فى كثير من أحوال الديابيطس لانه يصل أحيانا الى (٣) أو (٦) جرام فى اليوم وبدون وجودها يكون تأثير البول حمضيا ويوجد فى بول الديابيطس آسيتون وهو السبب فى احداث الاعراض العصبية الخطرة

(ثانيا) - التغير العضوى للديابيطس وينبوع تكوين السكر وتأثير المؤثرات الخارجية فى كثرته - يلزمنا أولا معرفة ان معظم السكر الذى فى البول آت من السكر الذى دخل فى الجسم بحالة سكرية أو مشتملة عليه المواد الغذائية كما يشاهد عند المرضى فان سكر بولهم يزيد وينقص بزيادة ونقص المواد النشوية والسكرية التى يتعاطاها المريض لانه اذا امتنع من تعاطى المواد النشوية يتناقص السكر تناقصا زائدا أو يزول بالكلية ومع ذلك لا ينقطع تأكسد السكر بالكلية كما ان جزأ من المواد النشوية ينفرز بهيئة سكر بدون تغير ولا يكون جميع السكر المنفرز مشابها لسكر العنب بل منه ما يشبه المنيت وسكر الثمار وسكر الاينوزين والتغير العضوى فى الديابيطس لا يقع على المادة الكربورية المائية فقط بل يقع أيضا على الزلال لان المشاهدة أثبتت أن المصابين بالديابيطس يفقدون مقدارا من زلال جسمهم أكثر مما تفقده الاصحاء سواء كان الفقد ناشئا عن خروج مقدار من الزلال فى البول أو عن التأكسد ومن التغير الكيماوى الذى يحصل فى الزلال يتكون سكر أيضا فى الاحوال الخطرة ولا يحرق جزء منه بل يخرج مع البول وهذا يفسر استدامة خروج السكر فى بول المصابين بهذا الداء مع حرمانهم من المواد النشوية ولا يزول السكر من بول هؤلاء الا اذا كان شكل المرض خفيفا وهم لا يتعاطون الا المواد الازوتية والمؤثرات الخارجية التى تحدث هذه الحالة المرضية هى الاشغال العقلية التى تزيد تبديد

العناصر غير الازوتية من الجسم ويترتب على ذلك تلف مقدار من السكر الذى للانفعالات النفسية دخل فى زيادته وأما الحركات الجمية فتنقصه

(ثالثا) - الاعراض العمومية للديابيطس السكرى - يتأخر ظهور هذه الاعراض فى كثير من الديابيطس الخفيف لتعويض ما فقد من الجسم بواسطة الاغذية والمشروبات وأما ما يكون فى الاحوال الخطرة من الفقد الذى يحصل من الجسم فتظهر نتائجه ظهورا واضحا فتضعف المرضى وتفقد قواها وتتعب من أقل مجهود وتتغير خصال المرضى وأخلاقها فتهيج من أدنى شئ ولا يمكنها ادامة الاشغال العقلية وتكون درجة حرارتها طبيعية أو نازلة قليلا واذا زادت على حصول مضاعفة

(رابعا) - الاعراض التى تظهر من جهة اعضاء الهضم - يحصل عند المرضى عطش زائد فى النهار أو الليل وتكون زيادته بزيادة ما خرج من البول وبزيادة السكر فى البول والدم أيضا وفى هذه القاعدة استثناء لما قيل من أنه لا يوجد هناك تأثير عصبى يوجب العطش وحينئذ تكون زيادة ادرار البول تابعة لمقدار الماء المزدرد وتحصل أحيانا زيادة فى الشهية يجوز أن تكون ناشئة عن احتراق كثير من المواد النشوية المزدردة ولسان ذوى الديابيطس يكون جافا عادة عريضا سميكا غير مستوى السطح مشققا جزء منه مغطى وآخر أحمر واللثة منتفخة والاسنان تتسوس واللعاب حمضى وقد يوجد اسهال مفرد ويندر حصول اليرقان وزيادة افراز الصفراء

(خامسا) - اعراض الجهاز التنفسى - اعضاء التنفس تبقى على حالتها الطبيعية مدة وانما يكون التنفس ذا رائحة قوية كرائحة الآسيتون ومتى تقدم الداء تحصل مضاعفات كالامراض الرئوية والدرن الرئوى والامراض الشعبية الخ

(سادسا - أعراض الدورة - تكون نادرة عند كثير من المرضى بل تبقى الدورة على حالها ويوجد عند البعض ضعف فى القلب فيبطئ النبض ويصل الى ٥٠ وقد يبلغ ١٢٠ وحينئذ تميل المرضى للاغماء وقد تقل ضربات القلب ويحصل الاغماء بل والموت (الكوما الديابيطيسية) كما يحصل اسكلوروز شريانى

(سابعا) - الاعراض التى من جهة الجهاز التناسلى البولى - تزداد الكليتان ويصابان بالتهاب مزمن عند تقدم الداء وتحصل حكة فى اعضاء التناسل خصوصا عند النساء لملامستها البول المتخمر المتحمل بالسكر ولهذا العرض نحكم باحتمال الاصابة بالديابيطس لمن بهم هذه الحالة وتصاب الذكور بالتهاب باطن القلفة مع أكال وقيل ان الخصيتين تصابان باضطراب فى تغذيتهما

(ثامنا) - اعراض الحواس - منها الكتركتا واضطراب فى تكيف العينين والالتهاب الشبكى وضمور العصب البصرى والالتهاب المشيمى التقيحى وقيل بحصول اضطراب فى بعض الحواس الاخرى

(تاسعا) - الاعراض التى تشاهد من جهة الجلد هى جفافه وخشونته واذا حصل العرق يزيد عن المعتاد وماقيل من انه يشتمل على سكر لم يثبت والجلد يصير محجلسا للاكال وسقوط الشعر والاظافر والاصابة بدمامل وجمرات وغلغمونيات وغنغرينا واوزيما فى المنسوج الخلوى

(عاشرا) - اعراض المجموع العصبى تنحصر فى ألم الرأس وضعف القوة العقلية وحصول آلام عصبية كالعصب الوركى والتوأمى الثلاثى وغير ذلك وقد يحصل شلل فى بعض العضلات ويضاف الى ذلك الاضطرابات العصبية التى ذكرناها سابقا خصوصا الكوما الديابيطيسية التى قد يحصل قبلها تهيج ويحصل أيضا اضطراب فى التنفس مصحوب بلغط وقد يحصل ضيق فى النفس ولم يعلم الى الآن السبب الحقيقى فى حصول الكوما الديابيطيسية

(التشريح المرضى) - التغيرات التشريحية المرضية قليلة كما اقتضاه استكشاف برنار من ان جرح جزء من أرض البطين الرابع يحدث الديابيطس السكرى ووجدت أورام اسكلوروزية فى النخاع المستطيل وفى المخيخ الأن الديابيطس هنا تابعى لا أصلى وفى الاصلى لا يرى تغير فى المراكز العصبية بالعين العارية ويشاهد بالنظارات المعظمة تمددات صغيرة وعائية وأنزفة شعرية حديثة وقديمة ويكون حجم الكبد طبيعيا وأحيانا يكون محتقنا بالدم ويظهر أن خلايا الكبد تشتمل على سكر واذا بحث عن قطعة الكبد عند

تقدم المرض وعقب الوفاة يرى أنها خالية عن السكر وبالبحث عن البنكرياس يرى أنه ضامر وارتباط ذلك بالديابيطس مظلم الى الآن ونضيف الى ذلك تغيرات مرضية للديابيطس كالدرن الرئوى والالتهاب الكلوى ويشتمل دم الديابيطس على سكر يصل مقداره الى ٤٥ سنتيجرام فى مائة جرام مع أن مقدار السكر فى الحالة المعتادة لا يزيد عن واحد فى الالف ويوجد السكر أيضا فى الليمفا

(أشكال الديابيطس السكرى) - له عدة أشكال مختلفة فى السير والمدة ومنها الحميد والخطر ففى الشكل الحميد يزول السكر من البول متى تعاطت المرضى أغذية خالية من المواد النشوية الكربورية المائية وفى الشكل الخطر يستمر ولو تعاطوا الاغذية الأزوتية وحدها ومنها الديابيطس السريع السير وهو الذى يمكن أن يسمى الديابيطس الحاد ومنها الديابيطس البطىء أو المزمن يمكث من سنة الى عشرين سنة مع تذبذبه بين الشدة والخفة والغالب فى الخفيف منه ان ينتهى بالشفاء وفى الخطر أن ينتهى بالموت وما يحصل فيه الشفاء يكون كثير النكسات

(مذاهب حصول الديابيطس) - لحصول الديابيطس مذاهب عديدة لا نعدها لئلا يضيع الوقت بلا فائدة والاحسن أن نقول ان الطبيعة الحقيقية للديابيطس الحقيقى السكرى لم تعلم الى الآن وانما نعلم أن المواد الكربونية تزيد حصوله عند المصابين بالديابيطس

(التشخيص) - ينبنى على استكشاف السكر فى البول وتحقق أن هذه الحالة السكرية وقتية عرضية أو ديابيطيسية لان الديابيطس السكرى لا يدرك فى كثير من الاحوال والذى يلجئنا للتفتيش على أسبابه بالبحث عن البول هو الخمود والضعف العضلى العمومى والحالة الدملية وحكة أعضاء التناسل والكتركتا والآلام العصبية وعدم الانعاظ واضطراب النظر

(المعالجة) - فى معالجة الطبيب لهذا الداء نتائج مفيدة فان الدواء ان لم يذهب الداء ينقصه ويمنع حصول اضطراب فى بعض الاعضاء وكذا حصول أمراض أخرى مضاعفة وأول ما يستعان به الوسائط الصحية والغذائية كتجنب الاطعمة غير الأزوتية والتى تحدث السكر فتعطى المواد الأزوتية وتجتنب الانفعالات النفسانية والتنبيهات العصبية والاستمرار على تغذية المرضى بالمواد الأزوتية الصرفة سنين يفيد نتائج حميدة الا أنه صعب

في الطب العملي فان كثيرا من المرضى لا يمكنه الاستمرار على ذلك ويمكن استعمال أنواع اللحوم والجبن والزبد والخضراوات الخضراء والسلطة والخيار وقليل من الخبز واللبن والثمار والنبيذ غير السكري ويلزم تجنب الحلو والفطورات والمواد النشوية وبقول الخضروات والثمار الحلوة ونحن نعطى الخبز الخالى عن المواد النشوية كخبز السن والمواد الشحمية جيدة النفع عند نحفاء البنية وكذا زيت السمك وأحسن مشروب هو الماء القراح وماء سلس والنبيذ غير الحلو والبيرة الخفيفة

وبعد ذلك تتخذ الرياضة غير العنيفة ونظافة الجلد في الحمامات والدلك وأما الادوية التى تستعمل من الباطن فهى الافيون وغيره من المخدرات كست الحسن والحشيش والكلورال وبرومور البوتاسيوم الا أنها أقل من الافيون وتعطى القلويات وقد استعملت الجواهر المانعة للتخمر كحمض الكربوليك من ١ : ٥ ديسى وساليسات الصودا من ٥ – ١٠ جرام فقل افراز السكر واستعمل أيضا حمض اللبنيك ومركبات النوشادر واليودوفورم وقد استعملنا بنجاح السلول من ٤ – ٦ جرام في اليوم ونتائجه أحسن من نتائج الانتبرين ويضاف الى ذلك معالجة المضاعفات والاعراض الأخرى التى تطرأ على هذا المرض

وتعالج الكوما الديابيطيسية باستعمال الكافور والايتير والحمامات الفاترة مع سلسلة الماء البارد على الرأس واذا اعتبرنا أن الكوما نتيجة تسمم حمضى تستعمل كربونات الصودا بأن يحقن محلولها من ٣ – ٥ في المائة وتؤخذ من تحت الجلد لكن لم يثبت نجاح هذه الطريقة

(المبحث العاشر في الديابيطيس غير السكرى)

هو مرض يظهر عند المتمتعين بالصحة الجيدة وأسبابه ليست واضحة ومن الاسباب المتممة لهذا المرض الانفعالات النفسانية وجروح المخ والامراض السابقة كالتيفوس والملاريا والالتهاب السحائى المخى الشوكى وقد يصاب به ذوو البنية الزهرية ومن يتعرضون للشمس مدة عقب مشى طويل ومن يشربون كثيرا من الماء عقب الظما والمكثرون للمشروبات أيضا وقد يكون هذا الداء خلقيا ووراثيا واصابته للذكور خصوصا الشبان أكثر منها للاناث وبالجملة طبيعة هذا الداء ليست معلومة لنا ويحتمل أن يكون سببه ناتجا عن اضطراب

في

في المجموع العصبى كما يحصل ذلك أثناء سير مرض مخى وكذا يحصل اذا وخزت أرض البطين الرابع أو قطع العصب الذى لا اسم له وبمعرفة ما سبق وما يأتى من الاسباب والاعراض تظهر المشابهة بين الديابيطس السكرى وغير السكرى ويجوز أن يصير أحدهما عين الآخر

(الاعراض) – يبتدئ الديابيطس التفه بزيادة افراز البول بحيث يكون مقداره من ٨٠٠٠ – ١٠٠٠٠ سنتيمتر مكعبا وبعض المشاهدات يدل على انه يصل الى ٣٠ أو ٤٠ لترا وفى بعض الاحوال يكون البول رائقا كالماء ووزنه النوعى أخف من وزن البول المعتاد فيكون من ١٠٠٤ – ١٠٠٢ – أو ١٠٠١ وتأثيره حمضى خفيف أو معتدل ومواده الثابتة قليلة ويظهر أن مقدار البولينا يزيد قليلا وكذا حمض الفوسفوريك والجير والكرياتنين ووجد أحيانا الاينوزيت ولذا قيل له الديابيطس الاينوزيتى ولا يوجد فيه زلال الا فى أحوال استثنائية والعرض المهم هو العطش لتعويض ما فقده الجسم من كمية الماء المنفرز مع البول وكثرة الماء المشروب مع جفاف اللسان وأما الحمرة فلا توجد هنا الا نادرا وكذا حكة أعضاء التناسل وأما تغير الاعضاء الباطنة فلا يوجد منه شيء يستحق الذكر نعم الحالة العمومية تضطرب فى الاحوال الخطرة فتضعف المرضى وتتعب من أدنى شغل جسمانى أو عقلى ويصير النمو مضطربا وتبقى درجة الحرارة طبيعية وقد تنزل قليلا من كثرة شرب الماء

(المدة والانتهاء) – الديابيطس التفه ان لم تطرأ عليه مضاعفات يمكث سنين وأحيانا يمكث عشر سنين وانتهاؤه بالموت كثير وبالشفاء قليل بأن يقف المرض ويبقى حتى يتقدم سن المريض وقد يحصل الموت من مضاعفة مرض آخر

(التشريح المرضى) – ما يشاهد من التغيرات التشريحية عقب موت المصابين بهذا المرض ناتج عن المضاعفات كالتدرن والسرطان والالتهاب الرئوى وازدياد حجم الكلى واتساع قنواتها

(التشخيص) – يكون سهلا باعتبار كمية البول والعطش الزائد والصفات السابقة ويتميز عن الديابيطس السكرى بواسطة الجواهر الكشافة وكذا يلزم تمييز ادرار البول عن الديابيطس التفه لان الاول ينحصر فى ازدياد كمية مائية البول ويكون مرضا متعلقا بأسباب

مختلفة ويوجد فى بعض أمراض عصبية وأمراض البصلة والمخيخ والاستسقاء المخى المزمن

(المعالجة) — يلزم تقليل ماء الشرب للمصابين بالديابيطس التفه بقدر الامكان وتعاطيهم الليمونات الحضية والافيون جيد لازالة العطش وتستعمل الحمامات والدلك على الجلد والمقويات واستعملت جذور الواريانا من (٥) الى (١٠) جرام على شكل مسحوق أو منقوع وأوصى باستعمال الارجوتين وحمض الكربونيك وساليسيلات الصودا وحمض النتريك وأخيرا استعمال الكهربائية فى محاذاة النخاع المستطيل واذا تبين أن الزهرى سبب هذا المرض تستعمل مضادات الزهرى

(المبحث الحادى عشر فى داء الخنازير)

هذا مرض بنيى يتصف بتغيرات مخصوصة فى الجلد والغشاء المخاطى والعقد الليمفاوية والعظام وغير ذلك ونشرحه هنا شرحا مختصرا اكلينيكيا فنقول

هو يصيب الاطفال وعلاماته ارتشاح مزمن فى العقد الليمفاوية وظهور بعض آفات فى الجلد والاغشية المخاطية والاعضاء الباطنية يسهل على الطبيب المتمرن معرفتها بمجرد النظر أما الآفات الجلدية والصفات المميزة للاطفال ذات البنية الخنازيرية فهى أن يكون وجههم منتفخا وشفاههم سميكة ولونهم باهتا وجلدهم رخوا وعضلاتهم رقيقة وهذا لا يمنع نمو المنسوج الشحمى عندهم وقد ترى عند أطفال أخرى نحافة البنية ورقة الجلد ورفاهة المزاج وأن لونهم الاحمر غير ثابت وأوردتهم التى فى العنق والفك السفلى نصف شفافة وترى بعض عقد متشحمة تمكث زمنا بدون ألم ثم تتقيح غالبا وتنفتح الى الخارج وقد يشاهد على سطح الجلد طفح اكزيماوى يكون فى أغلب الاحوال اكزيما فورفورية أو قوبية فى الوجه والرأس والاطراف ومن الآفات الجلدية داء الذئب الخنازيرى والحكة والحزاز الخنازيرى

وأما آفات الاغشية المخاطية فهى التهاب الملتحمة والاذن والالتهاب الجفنى الهدبى والالتهاب القرنى وأما آفات الاعضاء الباطنية فهى آفات العظام والمفاصل ذات الشكل الفطرى فيشاهد الالتهاب العظمى والسمحاقى الفطرى والورم الابيض وتسوس العظام

وهذه الاصابات الخطرة تكون غالبا التدرن كما أثبت ذلك وجود الباسيل فيها ونجاح معالجتها بالادوية المزيلة له وكذلك الاوزين فانها آفة درنية للانف وداء الذئب ودرن الجلد والتهاب الاذن ناتجان عن درنها وفى الزمن القديم كان يظن أن داء الخنازير ينتقل كثيرا الى داء درنى وان الاطفال الخنازيريين عرضة للتدرن الرئوى والمعوى والسحائى والآن علم أن بنية هؤلاء الاطفال درنية

وقد توجد آفات تشتبه بالآفات الخنازيرية كاكزيما فروة الرأس والوجه التى تصطحب بانتفاخ العقد العنقية وقد يشاهد أيضا احتقان عقدى عقب الاصابة بالقرمزية والزهرى ولذا يجب على الطبيب دقة البحث عن الاسباب المحدثة هذا الاحتقان مع تمييز الظواهر الخنازيرية عن غيرها

(المعالجة) — معالجة الآفات تنحصر فى المعالجات الموضعية وفى تقوية الجسم فالموضعية تكون على حسب الآفات مثلا فى الاحتقان العقدى تستعمل صبغة اليود وان كانت لا تنجح فى أغلب الاحوال وينفع مرهم اليودوفورم مع تكرار الادهان بالصابون الاخضر فاذا تقيحت العقد يلزم فتحها

وأما المعالجة العمومية فهى الاغذية الجيدة والهواء الجيد والاقامة فى الخلاء أو المحال الجبلية وعلى البحار واستعمال ملعقتين أو أكثر كل يوم من زيت السمك والاستحمام فى الحمامات الملحية كحمامات البحر المالح وكوزن وسلتساوكرايتسناخ التى يجتمع فيها صفات المياه البحرية والملحية مع اتخاذ الوسائط الصحية وأحسن الادوية التى تستعمل من الباطن فى هذا الداء المركبات الحديدية والزرنيخية وقد استعمل فى هذا العام الحقن بعادة كوخ وحصل منها بعض نجاح

(المبحث الثانى عشر فى السمن)

السمن حالة مرضية تزداد فيها الطبقة الخلوية الشحمية التى توجد تحت الجلد وتتكون مواد شحمية فى بعض الاحشاء الباطنية وحينئذ تكون مرضا يحصل منه عوارض مختلفة

(الاسباب) — ينشأ هذا المرض من تكون المواد الشحمية فى الجسم وذلك من غزارة

الاغذية سواء كانت مكونة من مواد أزوتية أو كربونية أو شحمية فبزيادة تراكم هذه المواد الشحمية يوميا تحصل هذه العاهة ويرسب من تلك المواد فى أحوال مخصوصة مالا يمكن تأكسده فمن ذلك نعلم أن الاغذية مهما كان تركيبها تحدث منسوجا شحميا ويساعدها على ذلك استعداد يوجد فى الشخص وعدم احتراقها وليس تكون هذا المنسوج مرتبطا بأكل الشحم فقط بل ثبت أن المواد الزلالية والنشوية تكون شحما أيضا وقد رأى (وات) أن الكهل القوى الذى يتعاطى ١١٨ جراما من المادة العضوية و ٢٥٩ من الشحم يحفظ متحصلاته الشحمية والزلالية وقد تزداد هذه الكمية فى كثير من الاحوال خصوصا عند من يتعاطى الجعة (البيرة) لانها تشتمل على كمية كؤولية من ٣ الى ٤ فى المائة وهى تساعد أيضا على تراكم الدهن فى الجسم فينتج مما ذكر أن كثرة الاغذية والمشروبات وعدم الرياضة والحياة الجلوسية تساعد على حصول السمن وهذا يفسر كيف يحفظ الجسم سمنه عند الانيماويين والمشلولين الذين لا قدرة لهم على المشى وكذا من لا يشتغلون بقوتهم العقلية وكل الامراض التى تحدث عوقا فى الدورة تساعد على السمن لما يحصل من تأخر تأكسد الدم ونضيف الى ذلك استعداد الشخص والوراثة والنوع لمشاهدة الداء عند النساء أكثر منه عند الرجال

(علامات السمن) — متى تراكم الشحم فى الجسم ظهر الامتلاء فى الوجه وغلظت تقاطيعه وضاقت الاعين ويتكون تحت الذقن ما يسمى باللغدو يزول الخصر عند المرأة وينمو ثدياها وجلد البطن يسمك ويرتفع ويكون الجلد كأنه مغطى بطبقة شحمية ويتكون شحم أيضا فى الاحشاء الباطنية كالسرب والحجاب المنصف وحول التامور والكلى ولذلك يزداد الجسم وزنا فان وزن الرجل الكهل المتوسط القامة ٩٠ كيلو والمرأة ٧٥ فان زاد الوزن عن ذلك عد سمنا ومن صفات السمان التعب بسرعة والعرق بسهولة وقلة التحرك وضيق فى النفس وقلة فى الشهية وصيرورتهم عرضة للنزلات الشعبية وللاوزيما الخ وعرضة أيضا للاريتما والاكزيما ويحصل ارتشاح شحمى فى العضلات أو استحالة شحمية كما فى عضلة القلب والمنسوج الشحمى بين عضلاته ويضاف الى ذلك عوق الدورة فى الاوعية الصغيرة المحاطة بمواد شحمية ومن ذلك تنتج ضخامة القلب وعلى العموم يحصل اضطراب

فى الجسم وتطرأ أعراض مهددة بالاصابات المختلفة التى ذكرناها كضخامة القلب وارتشاح عضلته بالشحم واسكليروز الشرايين والكلى اللاتى لبعضها ارتباط ببعض ولذا يجب على الطبيب البحث عن القلب والشرايين والكلى لانها تهدد صحة الانسان وحياته

(المعالجة) — تنحصر فيما يمنع زيادة الشحم فى الجسم وفيما يساعد على تبديده فالذى يمنع زيادته هو حرمان المرضى من تعاطى المواد النشوية والدهنية ولا يمكننا أن نعين الكمية اللازمة لكل شخص من المواد الزلالية الشحمية والنشوية التى لا تزيد بتعاطيها كمية الشحم لان ذلك يتعلق بحالة الاشخاص وبالمشاهدة نعم ينبغى تقليل المواد الزلالية ولو أنها مقوية للجسم والقلب ويمكن استعاضة الشحم بكمية قليلة من المواد النشوية ويمكن أيضا أن يقال ان الغذاء المكون من ١٢٥ جراما من الجواهر الزلالية ومن ٤٠ جراما من الشحم ومن ١٥٠ من المواد النشوية يساعد على نقص المنسوج الشحمى عند كثير من السمان وليس من اللازم سرعة تنقيص المواد الشحمية عندهم بل يكفى ان جسمهم ينقص فى الاسبوع من رطلين الى ثلاثة ويلزم تنظيم الاغذية بأن يعطى المريض فى الصباح قدر فنجال من القهوى مع اللبن و ٧٥ جراما تقريبا من الخبز الابيض وفى وقت الظهر يعطى طبقا من الشوربة و ١٧٥ جراما من اللحم الخالى عن الشحم أو من السمك مع كمية من السلطة ومن الخضار الاخضر و ٧٥ من الخبز و ٧٥ جراما من الفطير أو ١٠٠ جرام من الفاكهة وبعض من الماء شربا أو ربع لتر من النبيذ الخفيف لمن كان معتادا عليه وبعد الظهر يعطى فنجالا من القهوى مع ٢٠ جراما من الخبز وفى المساء يعطى طبقا من الشوربة بالبيض أو ١٠٠ جرام من اللحم و ٣٠ من الخبز وقليل من السلطة والثمار ويتبع هذا الغذاء أشهرا ويجب فى كل أسبوعين وزن الجسم لمعرفة ما ينقص منه ونقص هذه الكمية ينقص وزن الجسم

وأما ما يساعد على تبديد الشحم ويقال له معالجة السمن فينحصر فى الشغل الجسمانى العضلى والرياضة فانهما يقويان القلب ويزيدان حركات التنفس وكذا الحمامات الباردة والقلوية والكربونية لان لها تأثيرا على تأكسد الدهن وان كانت أقل من الرياضة وتكون كمنبه للمجموع العصبى ويساعد على ذلك أيضا نقص كمية السائل المزدرد وكذا خروج سائل الجسم

وأحسن طريق لذلك هو المعالجة فى محال الحمامات لتغيير حالة معيشة الشخص ولوجود محال معدّة للرياضة ويستعمل لذلك حمامات كارلسبادوكسنجن وغيرهما من المحال المعدة لذلك فان الشخص يجد فيها حسن ترتيب الاغذية والرياضة فضلا عن استعمال مائها فى الشرب المساعد على سريان الاغذية وتحليل البعض منها لكن لا ينبغى الافراط فى شرب مائها وقد يستعمل أيضا يودور البوتاسيوم

(تذييل)

حيث تكلمنا على الامراض العفنة التسممية والامراض البنيية صار من المستحسن أن نتكلم هنا على بعض التسممات بالاختصار فنقول

(أوّلا) – التسمم بحمض الكبريتيك – يتصف هذا التسمم بأكال فى الغشاء المخاطى الفمى والمرىء والبلعوم والمعدة وفى الحالة الخطرة يحصل الموت فجأة مع تقلص وظواهر اسفكسية وقد يحصل انثقاب فى المعدة ويتلون الغشاء المخاطى باللون الابيض أو الاسود ويلتهب التهابا تقرحيا و يحصل اضطراب فى الازدراد والهضم وقىء موادة سوداء وتلعب شديد وألم يزداد عند الازدراد وقد يصحب ذلك اسهال مدمم دوسنتارى مع قلة البول و زلال ودم ثم يحصل خمود

(المعالجة) – أحسن علاج لهذا التسمم هو استعمال المانيزيا أو محلول خفيف من الصودا فى سواغ غروى وتعطى قطع صغيرة من الثلج وتستعمل الغراغر المضادة للعفونة غزيرة اللبنية والبيض

(ثانيا) – التسمم بحمض الكلورايدريك والنتريك – أعراض التسمم بهذين تشابه أعراض الاوّل غير أن البقع هنا تكون ذات لون أصفر ومواد القىء تكون مصفرة أيضا والمعالجة هنا تكون مثل المعالجة المذكورة فى الاوّل

(ثالثا) – التسمم ببخار حمض الآزوتوز وحمض الكبريتوز – يحصل فى هذا التسمم اضطراب فى الجهاز التنفسى وضيق شديد فى النفس وسعال مصحوب بنفث ومواد صفراء أو غبراء وأحيانا تحصل أعراض عصبية خطرة وظواهر خمود

(المعالجة) – تعالج هذه الاعراض باستعمال الخردل على الصدر والمخدرات والمنفثات

(رابعا) – التسمم بحمض الاوكساليك – يحصل أكال موضعى أخف مما يحصل من الحوامض الأخرى مع ظهور أعراض عصبية وتنميل وقلة احساس فى أطراف الاصابع وتقلصات فعالة وغير فعالة وظواهر خمود

(المعالجة) – تعالج هذه الحالة بماء الجير وسكرات الكالسيوم وقشور البيض لاجل تكوّن أوكسالات الكالسيوم غير القابل للذوبان

(خامسا) – التسمم بالنوشادر سواء كان سائلا أو على حالة بخار – هذا الجوهر يؤثر على الغشاء المخاطى للمسالك الهضمية والهوائية ويحدث فيها التهابا كروباويا وينشأ عن ذلك تلعب وعسر ازدراد وقىء واسهال ذو تأثير قلوى وفى الاحوال الخطرة يصطحب ذلك بأعراض عصبية وخمود ودوار

(المعالجة) – تكون هنا مثل المعالجات فى التسممات السابقة واستعمال الطلومبة المعدية باحتراس فى جميع هذه التسممات نافع ويعادل النوشادر بالحوامض الخفيفة والخل وعصارة الليمون وتعالج الاعراض بما يناسبها

(سادسا) – التسمم بالبوتاسا والصودا – أعراضه ومعالجته كالسابق

(سابعا) – التسمم بنترات البوتاسا – يحدث عنه قىء وآلام شديدة فى البطن وخمود وبرودة الجسم وصغر النبض وظواهر عصبية وانقباضات عضلية مؤلمة ثم كوما

(المعالجة) – تكون بالمخدرات والمنبهات كالكافور والاتير وتعاطى قطع من الجليد

(ثامنا) – التسمم بالكلور – يتصف بسعال تشنجى شديد ونفث دموى وتشنج فى المزمار وضيق فى النفس وعطاس وتدمع ويجوز حصول التهاب رئوى فى الحالة الخطرة

(المعالجة) – يعالج باستنشاق الهواء النقى وبخار الماء الساخن أو النوشادرى ليتكوّن كلورايدرات النوشادر ويستعمل الكلوروفورم والمخدرات

(تاسعا) – التسمم باليود – أعراضه هى الخمود وبهاتة اللون وسيانوزية الجلد وصغر النبض والقىء وضيق النفس وقلة البول ودمويته واحتقان الجلد والذبحة والتهاب الغشاء المخاطى الأنفى والملتحمى والألم العصبى الجبهى وقد ينتقل من الحالة الحادّة الى الحالة المزمنة ويصطحب بطفح على الجلد كالاريتما العقدية

(المعالجة) - معالجة التسمم الحاد تكون باستعمال بياض البيض والمنبهات والنشا وتعالج الاعراض بما يناسبها وبعضهم يعطى من الباطن حمض الكبريتيك الى ٦ جرام

(عاشرا) - التسمم بالبروم - يشبه التسمم بالكلور ويحدث ضعفا فى العضلات وفقد الشهية والقوة المذكرة واسهالا وظهور الدهنية وضد سمه غير معروف

(الحادى عشر) - التسمم الرصاصى - يتصف الحاد منه بالتهاب معدى معوى وأحسن مضاداته هو كبريتات الصودا أو المانيزيا او الفوسفات القلوية وبياض البيض واللبن وتستعمل الطلومبة المعدية والمقىء اذا كان دخول السم حديثا وتعالج الاعراض بما يناسبها

ويعرف المزمن عند الشغالة بتكون خط رصاصى فى اللثة والانيميا الرصاصية والكاشكسيا والمغص الرصاصى والامساك عادة ويندر اسهال مع انقباض فى البطن وقىء ومتانة فى النبض وبطء فيه وقلة الزلالية فى البول

(المعالجة) - يعالج بالافيون واللبخ الساخنة والاتروبين والحقن المسهلة والحمامات الساخنة ويعالج الشلل وكذا الاعراض بما يناسبها و يلزم تمييز هذا السم عن النقرس وعن الاسكليروز الكلوى

(الثانى عشر) - التسمم بالنحاس - يتصف الحاد منه بقىء مواده مخضرة ومغص وزحير واسهال مدمم وثقل فى النفس وخمود

(المعالجة) - يعطى بياض البيض أو اللبن وبرادة الحديد وفحم الخشب والمانيزيا المكلسة واما التسمم المزمن فنادر

(الثالث عشر) - التسمم الزئبقى - يتصف الحاد منه بأكال شديد فى الغشاء المخاطى الفمى والحلق والبلعوم والمعدة والامعاء وقىء واسهال مصحوب بزحير وقلة التبول أو فقده وخمود

(المعالجة) - يعالج بالماء الزلالى ومسحوق الحديد والمخدرات

والمزمن منه يوجد عند الشغالة فى معادن الزئبق ويتصف بأنيميا ونحافة وضعف عضلى شديد وأعراض معدية ومعوية وارتعاش زئبقى والتهاب فمى وتلعب وأحيانا اضطراب

في

فى التصورات ويوجد فى الاحوال الخطرة ارتعاش شديد وشلل

(المعالجة) - يعالج بالحمامات الساخنة ويودور البوتاسيوم والتغذية الجيدة والكهربائية

(الرابع عشر) - التسمم بالفوسفور - الحاد منه يحصل عادة من الكبريت و يتصف بآلام شديدة فى القسم الشراسيفى وقىء رائحة مواده فوسفورية أحيانا لماعة فى الظلام وبعد يومين هدوّ ويظهر اليرقان وأعراض خطرة فى قسم البطن والكبد مع تمدده وتظهر الحمى ثم يصغر النبض ويضعف وأحيانا يحصل نزيف معدى أو معوى أو جلدى أو كلوى أو أنفى أو رحمى أو باجتماع بعضها ويحصل تنعس أو تشنج قبل الموت ويشتمل البول على زلال أو دم مع زوال البولينا منه ويحصل الموت بين اليوم الثامن والرابع عشر ويجوز حصول الشفاء فى الاحوال الخفيفة ويضاف الى ذلك الاستحالة الشحمية لكثير من الاعضاء الباطنية كالقلب والكلى والكبد

(المعالجة) - تعالج الحالة الحادة بغسل المعدة وبالمحلولات واستعمال كبريتات النحاس للتقىء وأحسن مضاد للسم هو زيت الترمنتينا العقيم من ٣٠ الى ٤٠ نقطة فى سواغ غروى ويلزم تجنب المواد الشحمية لان الفوسفور يذوب فيها بسهولة واذا كان التسمم مزمنا يشاهد تنكرز فى العظام

(الخامس عشر) - التسمم بحمض الزرنيخوز المعروف بسم الفار والرهج الاحمر والاصفر وبصبغة الزرنيخ - يتصف الحاد باعراض التهاب معدى معوى شديدة تشتبه احيانا بأعراض الهيضة ويحصل الموت بعد يوم أو يومين ويعالج باستفراغ ما يوجد منه فى المعدة بواسطة طلومبة معدية او مقىء من كبريتات الخارصين واحسن مضاد لهذا السم هو ندف أوكسيد الحديد الايدراتى فى كمية من الماء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعتين ملعقتان الى أربعة وكذا اسكرات أوكسيد الحديد الذائب فى ملعقة الشاى وكذا المانيزيا المكلسة أو أوكسيد الحديد الايدراتى والمانيزيا معا وأما التسمم الزرنيخى المزمن عند الصناع فيتصف بالالتهاب الملتحمى النزلى والنزلة المعدية والمعوية والاكزيما وتقرح الجلد والانيميا والارق ومعالجته عرضية

(السادس عشر) - التسمم بالكؤل - يتصف الحاد والخطر منه بفقد الادراك وخمود الاحساس وتمدد الحدقة أو ضيقها وعدم حركتها وصغر النبض وبطئه أحيانا وبرودة الجلد

والقيء والتنفس واحيانا هذيان وتقلص عضلي ومدته من ثلاثة أيام الى أربعة وشوهد الموت احيانا عدة مرات وتنحصر المعالجة فى الحمامات مع التشلشل المائى واعطاء المنبهات وأما المزمن فيتصف بضعف فى القوى الطبيعية والعقلية ونزلة مزمنة فى الحنجرة والبلعوم والمعدة والامعاء وارتعاش كؤلى وأمراض عضوية تابعية وضمور فى الكبد واسكليروز فى الكليتين وآفات مخية ورقص سنجي واضطراب جنونى وهيجان عنيف وخرافات وأرق ويعالج بالحمامات ورش الماء على الرأس والحقن بالاستركنين والمخدرات خصوصا الكلورال

(السابع عشر) - التسمم بالكلوروفورم - يتصف بفقد الادراك وشلل القلب والتنفس وتمدد الحدقة ويعالج بالتنفس الصناعى والحقن بالاستركنين واعطاء المنبهات والمهيجات الجلدية

(الثامن عشر) - التسمم باليودوفورم - شوهد ذلك بطريق الجلد ويتصف باضطرابات عصبية وألم فى الرأس ودوار وأرق ونوع جنون وكراهة الاطعمة وفى الاحوال الخطرة تشنج وكوما ويعالج بالحمامات وقيل بالقلويات والاتروبين

(التاسع عشر) - التسمم بأوكسيد الكربون - يحصل هذا التسمم بدخان الفحم والاستضاءة ويتصف بحصول دوار وألم فى الرأس وضربات فى الشرايين الصدغية وطنين فى الأذنين وزرقة حول الاعين وبعد ذلك يفقد الادراك شيأ فشيأ وتحصل بهاتة وزرقة الجلد ووقوف فى التنفس وانحطاط فى الحرارة وقد يوجد فى البول زلال وسكر وبتحليل الدم بواسطة المنظار الشمسى وجد تناقص أوكسيد الكربون فيه ويعقب هذا التسمم شلل واضطراب فى الحساسية والتكلم ويعالج بوضع المريض فى الهواء المطلق وفعل التنفس الصناعى واعطاء المنبهات

(العشرون) - التسمم بالايدروجين المكبرت - يتصف بألم فى الرأس وقيء واسهال وفى الاحوال الخطرة يفقد الادراك ويضيق النفس ويحصل السيانوز والتشنج والموت ويعالج بالتنفس الصناعى فى الهواء المطلق والتبخير بغاز الكلور ولا بد فى ذلك من الاحتراس التام

(الحادى والعشرون) - التسمم بكبريتور الكربون - يحصل عند الشغالين فى الصمغ المرن ويتصف بقيء واعراض عصبية وسلس بول وشلل ضمورى وتشنج وفقد الحساسية واضطراب فى القوى العقلية خصوصا القوى المذكرة وتعالج الاعراض بما يناسبها

(الثانى والعشرون) - التسمم بحمض السيانوايدريك وسيانور البوتاسيوم واللوز المر - يتصف برائحة اللوز المر وفى الاحوال الخطرة يحصل الموت بعد مضى دقائق واذا طال المرض يصير التنفس تشنجيا بطيئا مصحوبا بحركات زفير طويلة وبجحظ مقلة العينين ولا تمدد الحدقة أو تمدد قليلا ويخمد القلب خمودا متقطعا وتفقد القوة المدركة ويحصل اهتزاز عضلى وكزاز وتعالج الاعراض بما يناسبها وتعطى المقيئات والمنبهات وأوكسيد الحديد الايدراتى والماء الكلورى والرش بالماء البارد

(الثالث والعشرون) - التسمم بالنتروبنزين والنتروبنزول - يتصف برائحة اللوز المر والاحساس بضغط على الرأس وزرقة الجلد الى ان تصل الى أقصى درجة من السيانوز وحيرة فى حوالى القلب تأخذ فى الارتقاء وصعوبة فى التنفس وضعف فى التنبيه يصل الى درجة النعس التامة وفى الاحوال الخطرة يحصل الموت فى اثناء التشنجات وفى الاحوال الخفيفة يحصل الشفاء تدريجا ويعالج باستفراغ المعدة والتنفس الصناعى والمنبهات واستفراغ الدم وتعويضه ويوجد اشتباه بين التسمم بالنتروبنزول والتسمم بالانيلين وألوانه

(الرابع والعشرون) - التسمم بحمض الفينيك - يتصف بتأثيره الاكال كالحوامض وبدوار وألم الرأس فى الاحوال الخفيفة وبكوما تكون عقب التنبيه فى الاحوال الخطرة وضيق الحدقة وقيء وبتواتر النبض وتلون البول باللون الاخضر الدكن الزيتونى ويعالج باستفراغ المعدة وبلبن الجير ومقدار وافر من كبريتات الصودا

(الخامس والعشرون) - التسمم بالاتروبين والبلادونا - يتصف بجفاف الفم والحلق وظما ودوار وألم الرأس واضطراب فى التصورات وتمدد فى الحدقة واير يتماقر مزية الشكل وفى الاحوال الخطرة يتواتر النبض وأحيانا يحصل تشنج واضطراب عصبى وأحسن مضاد

له الايزرين والبيلوكاربين والمورفين

(السادس والعشرون) – التسمم بالديجيتالا – يتصف بقيء واسهال و بطء عظيم فى النبض ينزل فى الدقيقة الى ٤٠ أوأ كثروضيق فى النفس واعراض خمود وتنعس وفى الاحوال الخطرة يحصل الموت ويعالج بالمقيئات واستفراغ المعدة واعطاء الكافور ومقدار وافر من القهوى والايتير والسائل النوشادرى اليتسونى والمنبهات الجلدية

(السابع والعشرون) – التسمم بالنيكوتين – يتصف بصغر فى النبض وميل الى الاغماء والاحساس بضيق فى النفس والقيء وفى الاحوال الخطرة يوجد فقد الادراك وتشنجات تيتانية ووقوف وقتى فى النبض والنفس هذا اذا كان حادا واما ان كان مزمنا عند الشرابين للدخان بكثرة فيحصل خفقان وعدم انتظام حركات القلب ونوب ربوية ونوب ذبحة صدرية وارتعاش وضعف عضلى وأرق واضطراب فى البصر واعراض معدية ونزلات حلقية بلعومية وحنجرية ويعالج الحاد بالمنبهات والمزمن بالامتناع عن شرب الدخان وأما مابقى من المعالجة فعرضى

(الثامن والعشرون) – التسمم بالاستركنين – يتصف بتشنجات شديدة تيتانية وهيجان فى الفواعل المنعكسة وكزاز وانحناء الرأس الى الخلف وصغر النبض وسرعته مع حصول نوب وضعف فى القوى العقلية ويحصل الشفاء فى الاحوال الخفيفة ويعالج باستفراغ المعدة والتنين وصبغة اليود وزيت الخروع والمخدرات لمقاومة التشنج كالمورفين والكلوروفورم والكلورال وبرومور البوتاسيوم

(التاسع والعشرون) – التسمم بالمورفين – يتصف التسمم بالافيون والمورفين الحاد والخفيف بألم فى الرأس وتعب وخوف وتخيلات عقلية وفى الاحوال الخطرة تحصل كوما وارتخاء تام للمجموع العضلى ويبطؤ التنفس ويصير غير منتظم ويصغر النبض ويبطؤ وتضيق الحدقة ويعالج باستفراغ المعدة بواسطة كبريتات الخارصين أو الطلومبة المعدية ويعطى التنين والقهوى والاتروبين ويستعان بالتنفس الصناعى والمنبهات الجلدية وأما التسمم المزمن المعروف بالجنون المورفينى فيتصف بالنحافة والانيميا والدوار والارق واضطراب القوى العقلية واضطراب الجسم ويعالج بمنع تعاطى الافيون ولا تتيسر معالجة هذا الداء

الا

الا فى الاسبتاليات

(الثلاثون) – التسمم بالجويدار – يتصف الحاد منه بغثيان وقيء ومغص واسهال ودوار وألم الرأس وضعف عضلى وبطء نبض وفى الاحوال الخطرة يحصل تنعس واضطراب نفس وأحيانا الموت ويعالج باستفراغ المعدة والامعاء واعطاء التنين والايتير والكافور والقهوى ويتصف المزمن منه باضطراب معدى ودوار وتعب وضعف فى القلب واضطرابات عصبية كازدياد الحساسية الدائرية وطنين فى الاذنين ويوجد اعراض مشابهة لاعراض اختلال الحركة وتنشأ عن اصابة الاحبال الخلفية للنخاع ويوجد شكل آخر يقال له الغنغريني يتصف بحصول غنغرينا جافة فى الاطراف ناتجة عن انقباض تشنجي فى اوعية الصغيرة التى تأثرت من الارجوتين ومعالجة التسمم المزمن عرضية

﴿تم الجزء السادس ويليه الجزء السابع فى أمراض الحركة﴾

فهرست الجزء السابع فى أمراض الحركة من الخلاصة الطبية

صحيفة		
١		الباب الاول فى الحدار
		المبحث الاول فى الحدار المفصلى
٩	«	الثانى فى الحدار العضلى الحاد والمزمن
١١	«	الثالث فى داء النقرس
١٥	«	الرابع فى تأخير نمو العظام
١٨	«	الخامس فى لين العظام

(تمت)

(الجزء السابع)

(فى أمراض الحركة)

(الباب الاول فى الحدار)

هذا مرض ذو طبيعة مخصوصة يتصف بآلام وعسر فى الحركة وهو يصيب المفاصل والعضلات وبعض الاحشاء ولذا قسمه بعضهم الى مفصلى وعضلى وحشوى

(المبحث الاول فى الحدار المفصلى وهو حاد أو مزمن)

(فالحدار المفصلى الحاد) - المسمى أيضا بالحمى الروماتزمية مرض عفن لم تعلم حقيقة الاصل العضوى السام له

(الاسباب) - يوجد كثيرا فى الاقاليم المعتدلة كمصر كما شاهدناه بها وقليلا فى البلاد الباردة والمنطقية ويكون فى الاقاليم الاخرى كبلاد الانجليز والبلجيك والروسيا قليلا أحيانا وأخرى كثيرا على شكل وبائى غالبا ويشاهد فى فصلى الربيع والصيف وللمؤثرات الجوية كالبرودة والرطوبة دخل فى حصوله وهذا يفسر لنا كثرة اصابته للخدامين ومن شابههم والشبان عرضة له أكثر من غيرهم وتندر اصابته للاطفال قبل ان يبلغوا ست سنين وقد تكون بعض الامراض الطفحية كالحصبة وبعض الامراض العفنة متممة لحصوله ويجوز أن الشخص يصاب به عدة مرار

(الاعراض) - العرض الرئيس للحدار المفصلى هو التهاب حاد فى الغشاء الزلالى للمفصل ويصيب عادة جملة مفاصل فى آن واحد وقد يصيبها بالتعاقب وأحيانا يحدث فى بعض مفاصل ويبقى بها مدة ويصطحب بتغيرات موضعية كانتفاخ وألم فى الاجزاء المصابة وقد تسبق تلك الحالة بأعراض هجوم ككلل عمومى وضعف واضطراب موضعى كذبحة أو التهاب حنجرى وابتداء المرض باصابة الاطراف السفلى أكثر من ابتدائه بالعليا ومن الاعراض الحمى الخفيفة ويندر أن ترتفع درجة حرارتها عن ٣٩,٥ ولا تثبت على طرز مخصوص بل تكون غير منتظمة راجعة مصحوبة بألم رأسى وتعس واحساس بحرارة داخلية

وبافراز غزير وهذه الاعراض عرضة للتغيرات كما ان المرض عرضة للمضاعفات ونذكرهنا ذلك مع ذكر سير المرض فنقول

أما التهاب الغشاء الزلالى للمفصل الذى علم مما تقدم فيكون مصحوبا بنضح التهابى مشتمل على كمية قليلة من الليفين ومن جسيمات قيحية وعند فعل الصفة التشريحية يرى ان هذا الغشاء محتقن سميك غير منتظم وينذر تغير الغضاريف فى هذا الشكل لانه يحصل عادة فى المزمن وقد يمتد الالتهاب الى أعمدة الاوتار والى الاكياس المخاطية بل ربما وصل الى الاضلاع وقد يحصل فى هذا المفصل التهاب احرارى وأما الالم فانه يوجد بحركة المريض وبالضغط على المفصل وشدة الالم وخفته لا تكون مرتبطة بانتفاخ المفصل

وأما الاعراض التى تشاهد من جهة القلب بعد اصابة المفاصل سواء كان المرض خفيفا أو ثقيلا فهى أعراض التهاب الغشاء الباطن للقلب وأحيانا الظاهر كما أبان ذلك بويو سنة ١٨٣٦ وتبدو هذه المضاعفة بارتقاء درجة الحمى وبخفقان أحيانا وبألم فى قسم القلب وبعسر فى التنفس والتهاب باطن القلب يكتسب هنا عادة الشكل الثؤلولى الجيد ويصيب كثيرا صمام مترال ويعرف حينئذ بالنفخ الانقباضى جهة القمة وقد تصعب معرفته اذا وجدت ألغاط أخرى فى القمة اثناء سير هذا المرض ولم تعرف طريقة حصول هذه المضاعفة قديما اما الآن فحيث علم ان الحدار المفصلى آفة عفنة غير موضعية وان الاصول العفنة توجد فى دورة الدم فلا غرابة حينئذ من ان تلك الاصول تحدث التهابا فى الغشاء الباطن للقلب لالتصاقها بصماماته وفى التامور أيضا وان كان نادرا وقد يشاهد اضطراب فى ضربات القلب أو حصول احساسات مؤلمة وكذا نشاهد مضاعفة أيضا من جهة الاغشية المصلية كالتهاب البليورا والبريتون وغيرهما وان كانت اصابة غيرهما قليلة وكذا من جهة الاغشية المخاطية كالتهاب الغشاء المعدى والمعوى واصابة المصلية أكثر من المخاطية وأما اضطراب الجلد فيظهر بطروّ عرق غزير ذى رائحة نفاذة قليلا وتأثيره حمضى وقد تشاهد الدخنية فى جلد الظهر عند بعض المرضى واذا كانت الحالة خطرة شوهدت ارتيماعقدية وهربس شفوى وأنجرية وأرزفة جلدية كالانجرية النزيفية أو أرزفة بسيطة ونعد من المضاعفات أيضا الالتهاب السحائى التقيحى وان جاز أن يكون ذلك اختلاطا

بالالتهاب

بالالتهاب السحائى الشوكى الوبائى والامتصاص الصديدى وأخيرا يلزمنا ان نتذكر المضاعفة من جهة الكلى والرئة

أما التغيرات التى توجد من جهة العضلات والاعصاب فقليلة الحصول وهى الضمور والشلل العضلى الحدارى لوجود ارتباط بين المفصل والعضلات المحركة له فمن الاستراحة القهرية لهذه العضلات يحصل فيها ضمور ولكن السبب الحقيقى المتمم للشلل ليس معروفا وجائز ان يكون سببه تأثير الفعل الحدارى المفصلى والشلل هنا يتبع تأثير الكهربائية وهذا مما يميزه عن الشلل الحاصل من الاستحالة الشحمية للعضل ومن الاعراض العصبية الرقص السنجى الذى يشاهد عند الاطفال والاضطرابات العصبية المخية وهذا هو الموجب لان يسميه بعضهم بالحدار المخى وبالحدار المفصلى الزائد فى الحرارة لارتفاعها فيه ارتفاعا قويا دائما وفى هذه الحالة تبدو الاعراض العصبية بشدة فترتفع الحرارة الى ٤٠ أو ٤١ ويحصل هذيان وقد يحصل تشنج فى الاطراف أو فى عضلات المضغ بسبب امتداد التنبيه اليها ويبهت الوجه ويزرق ويصغر النبض ويتواتر ويستمر ارتقاء الحرارة حتى تصل فى دور النزع الى ٤٢ أو ٤٣ وهذا الشكل خطر يندر شفاؤه

وقد يؤثر الحدار المفصلى على عموم البنية بطريقة مخصوصة ويعقبه حدوث الانيميا من غير أن يكون مصحوبا بتغير فى القلب وكذا حدوث سوء القنية النزيفى ذو الانتهاء المحزن

(السير والمدة والانذار) — سير هذا المرض حميد لانه ينتهى بالشفاء عادة ولا ينتهى بالموت الا اذا ضوعف بأمراض قلبية أو بالحدار الحى أو بسوء القنية النزيفى ومدة المرض تختلف باختلاف حالته فيمكن فى الاحوال الخفيفة أن تكون بعض أيام وفى الثقيلة بعض أسابيع أو أكثر فينتقل للمزمن ومن المضاعفات التى تطرأ أثناء سير المرض اصابة القلب فيجب على الطبيب دوام ملاحظتها اثناء المعالجة لانها تمكث زمنا أو تصير غير قابلة للشفاء بانتقالها الى التهاب مزمن يندر أن ينتهى بالشفاء ولذا نرى أكثر المرضى بعد شفاء الحدار يشتكى بخفقان وبضيق نفس

(التشخيص) — لا يصعب تشخيص الحدار المفصلى لانه يعرف بأعراضه الحادة التى هى ألم وانتفاخ وعسر حركة فى المفاصل وان كان من الجائز وجود انتفاخ المفاصل فى أمراض

أخرى كالاحوال التى يحصل فيها امتصاص القيح أو التهاب العظم النخاعى الحاد لكن سير المرض يميز ذلك ومثل ذلك انتفاخ المفاصل فى الحمى النفاسية الناتج عن امتصاص المواد العفنة وقد يتعسر التشخيص اذا كان الالتهاب قاصرا على مفصل واحد وحينئذ يلزم تمييزه عن الحالة الفطرية للمفاصل وعن التهاب المفصل التابعى للبلينوراجيا وعن الذى يحصل اثناء الزهرى الثانوى لان هذه تكون مصحوبة بآلام عضلية ويصعب التشخيص أيضا اذا وجدت مضاعفة بازرقة جلدية كما فى الفورفورية أو بايريتما عقدية الا أنه يتميز بأحواله الاولية وهذه تتميز بالتابعية واما النقرس فيتميز عن الحدار بانه يكون غالبا فى الاصبع الكبيرة وبظواهره الاخرى المعدية وقد يشتبه الحدار بالالتهاب العصبى الحاد المتعدد الذى يبدو بحمى لكن الظواهر المرضية الاخرى تميزهما

(المعالجة) — أحسن علاج للحدار المفصلى الحاد هو حمض الساليسيليك الذى أدخله كولب فى علاجه سنة ١٨٧٦ الا أن نجاحه ليس دائميا خصوصا فى الحدار المفصلى المحدود والالتهاب المفصلى التابع لسبب بادو التابع للبلينوراجيا ويستعمل اما مفردا أو مع ساليسيلات الصودا فيعطى مسحوقا فى برشام من ٥ جرام الى ٨ فى اليوم وتعطى ساليسيلات الصودا من ٤ جرام الى ٦ مذابة فى كمية من ماء النعناع الفلفلى فبذلك يصير طعمه عند المرضى مقبولا ومقدارها لا يزيد عن عشرة جرامات وعند الاطفال يعطى ٣ ديسى من حمض الساليسيليك كل مرة ومن ٢ جرام الى ٤ من الساليسيلات وتأثير التحاضير الساليسيلية لا يظهر الا بعد ثمان عشرة ساعة فتتحرك المرضى بغير عناء شديد وبعضهم يكون كثير الاحساس بهذا العلاج فيحس بغثيان وثقل فى المعدة وقىء وطنين فى الاذنين مصحوب بدوار أحيانا وأحيانا بهذيان وسرعة فى التنفس وهذه العوارض الساليسيلية ربما تمنع الطبيب من استمرار العلاج بها ويقرب من هذه المركبات فى علاج هذا الداء ثانى المركبات اليودورية كيودور البوتاسيوم والمركبات اللحلاحية (كولشيك) كنبيذه وصبغته من ١٥ نقطة الى ٢٥ تعطى على مرات فى اليوم وأما الادوية الاخرى التى كانت مستعملة قديما فليست ذات أهمية كالقلويات من ٢٠ جرام الى ٣٠ ثم التريميتيلامين ثم القراترين والكينين

وأما الادوية الموضعية فلها أهمية كالتكبيس والكهربائية ويلزم اجتناب الحمامات الساخنة لانها تزيد الآلام أحيانا ويحسن استعمال الحمامات البخارية بعد زوال الاعراض الحادة وتستعمل اللبخ الساخنة وان كانت لا أهمية لها بل الاحسن استعمال الملاآت المنداة وبالجملة يلزم وضع العضو وضع راحة وعدم تحريكه حتى ان وضع الاجهزة الثابتة كان مستعملا لمنع الحدار المفصلى واتخاذ الوسائط الصحية هنا مساعد أيضا على العلاج ويلزم أن تكون درجة حرارة المكان والجسم بنسبة واحدة وتدفأ المفاصل بقطن وتلازم المرضى الفراش حتى تشفى وأحسن الاغذية اللبن والمرق وتعالج المضاعفات بما يناسبها وقد مدح بعضهم استعمال حمض الساليسيليك فى الحدار المخى والنزيفى والوسائط الواقية هى اجتناب التبريد والرطوبة وهذا لا يمنع من استعمال الحمامات الباردة

(وأما الحدار المفصلى المزمن) ويدخل تحته الالتهاب المفصلى المشوه فان الفرق بينهما ضعيف وان اختلفت التسمية

(الاسباب) — يلزم قبل ذكرها ان نتذكر الالتهاب المفصلى التابعى لسبب بادو الالتهابات المفصلية التابعة للتدرن المعروفة بالالتهابات المفصلية الفطرية المذكورة فى كتب الجراحة والالتهاب المفصلى المزمن الزهرى

فالحدار المفصلى المزمن يحصل عقب حصول التهاب أو حدار مفصلى حاد مرة أو مرات وحينئذ تكون أسبابها واحدة ويندر حصوله من منامن أول وهلة وحينئذ يكون ابتداؤه خفيفا أو يحصل الالتهاب ثم يكتسب شكلا مشوها غالبا وبه الاستعداد واسباب التبريد وتأثير البرد وتكرر الشغل فى الامكنة الباردة الموجود فيها تيار هواء من المحال الرطبة أو الحديثة البناء وكذا بعض الصنائع المحتاجة لاشغال بها رطوبة ولذا نسبوا للفقراء الاصابة بالالتهاب المفصلى المشوه ومن بينهم نقرسية عرضة له ولا يصدق ما قيل من ان سبب الالتهاب المفصلى المشوه هو تأثير عصبى فان البحث عن النخاع بالميكروسكوب ينفى ذلك

والشيوخ عرضة له أكثر من غيرهم ولذا سمى التهابهم مفصليا شيخوخيا ولا يحصل عادة

الابعد ٣٥ سنة وفى هذه القاعدة استثناء فقد شوهد فى زمن الطفولية الثانية وعند النساء أكثر منه عند الرجال والكدر والوراثة يساعدان على ظهوره

(الاعراض) – أغلبها موضعية وانا نذكرها بقطع النظر عن الذى يعقب الحدار المفصلى الحاد فنقول يبتدئ هذا المرض بطريقة تدريجية خفية تنحصر فى آلام مفصلية تحصل بالضغط أو بالحركة ويبوسة فى الاطراف وتظهر كثيرا من الصباح عند القيام من النوم وهى محرقة ويندر أن تكون عصبية والآلام تصير شديدة عند تقدم الداء ولا يحس بها المريض الا عند الحركة وتقل أو تختفى بالكلية عند الراحة ويصحبها تنميل فى الاصابع ثم تقل أو تقف وقتيا حركة المفصل المصاب من الألم ومن قلة تأثير الفعل المنعكس ومن عدم فعل العضلات ومن ضمور عضلات هذا الطرف غير المتحرك وبعد مدة يحصل تغير فى المفاصل فتنتفخ وتصعب حركتها ويصحبها فرقعة وأزيز يحصل منه احتكاك الاسطحة المفصلية الخشنة غير المنتظمة ويحس المريض بهذه الحالة ويجد المفاصل المشطية السلامية منتفخة ومرتفعة ويظهر أن العضلات بين العظام ضامرة وان السلاميات الاولى تنحنى قليلا الى الخلف وتكتسب الاصابع تدريجيا الهيئة النصف منخلعة وتتجه جهة الحافة الزندية بكيفية بحيث ان بعضها يغطى الآخر وتكتسب راحة اليد شكلا مميزا وترسم سلاميات الاصابع بانحناء بعضها على بعض زوايا منفرجة ومع هذا التغير وحركة الابهام يتيسر لبعض الاشخاص الكتابة وأعمال اليد ويشاهد تغير فى القدمين كما فى اليدين الا أن هذا التغير يكون قليلا فى المفاصل الاخرى كمفاصل الركبتين والكوع والمرفق والحرقفى الفخذى وبحصوله يصعب المشى فتستعين المرضى بعكاز ولامتداد هذا المرض يوجد فيه ما يوجد فى الحدار المفصلى الحاد الواحد والمتعدد فالواحد يصيب فى العادة مفصل الحرقفى الفخذى أو مفصل الركبة أو الكتف وهذا يتعلق بالجراحة وأما المتعدد فيصيب عدة مفاصل ويصف هذا المرض ويوجد عادة فى مفصل اليدين ثم فى المفاصل الاخرى ويكون واضحا فى بعضها دون الآخر ويصيب مفاصل الفقرات ولذا تتعسر حركة الجذع والرأس ويبقى مفصل الفك السفلى بلا اصابة تقريبا وتندر اصابة الاطراف السفلى دون العليا وشوهد الأنكيلوز فى بعض مفاصل الاطراف كما شوهد نادرا اصابة مفاصل فقرات الجذع

والعجز

والعجز الحرقفى بالانكيلوز فصار الجذع والرأس كقطعة واحدة والمصابون بهذا المرض عرضة للامساك وتنشأ اصابة صمامات القلب من الحدار الحاد ويحصل ألم فى الرأس وميل للاحتقانات وخمود فى الاحساسات العمومية

وسير الالتهاب المفصلى التشوهى بطىء ومزمن يمكث عدة سنين وقد يقف سيره بدون حصول أدنى تغير وقد يحصل فيه انحطاط أو ثوران

(التشريح المرضى) – التغيرات التشريحية فى الحدار المفصلى المزمن المعتاد تكون قاصرة على المحفظة الزلالية والمنسوج الخلوى المحيط بالمفصل فتحتقن هذه الانسجة ويتعكر السائل المصلى للمحفظة ويزداد عن أصله حتى يكون أحيانا استسقاء مفصليا مزمنا والمنسوج الخلوى المحيط بالكيس الزلالى يلتصق بما يحيط به وبذا تصعب حركة المفصل ويجوز أن يمتد الالتصاق فى جميع محيط المفصل فيحصل نوع انكيلوز كما يشاهد ذلك فى الكتف والركبة وهذا الالتهاب المفصلى المزمن ينتقل أحيانا الى الالتهاب العضلى المشوه بدون ان يحصل بينهما حد فاصل وحينئذ تمتد التغيرات الى الغضاريف والى اطراف العظام بحيث يتشوه وضعها الطبيعى ويبتدئ هذا التغير بغضاريف أطراف العظام فيصير سطحها غير منتظم وتتكون فى أزرار حافة السائبة وفى سطحها ويفقد تماسكه ثم ترق الطبقات الغضروفية التى يتجدد تكونها وتتعظم ويلتهب السطح العظمى الملامس للغضروف وقد يلتهب السمحاق المجاور ويتعظم أيضا وبالبحث عن هذه الغضاريف بالنظارة المعظمة يرى أنها فقدت تماسكها وتكونت الياف فى جوهرها الغضروفى وذابت بعض خلاياها الغضروفية أو حصلت فيها استحالة شحمية ويرى تكون أزرار فطرية فيها وأزرار قطيفية فى المحفظة الزلالية وتكون هذه الازرار نوعا من الاهداب مبطنا للمحفظة الزلالية وينتهى جميع هذه التغيرات بأن تتغير هيئة أسطحة المفصل ولعدم تحركها مدة تضمر العضلات ويزول غشاؤها الزلالى فيصير المفصلى جافا

(الانذار) – هو خطر فى أحوال المشوه فان شفاءه نادر ومدته طويلة الا أن حياة المريض يلحقها سريعا الخطر الذى يحصل من ضعف المريض أو من مضاعفة أخرى وليس الانذار خطرا فى الاحوال الخفيفة للحدار المفصلى المزمن الذى لا يحصل فيه تغير مرضى فى

آخر المفصل كما يحصل فى الالتهاب المفصلى التقرحى

(المعالجة) - يجب أولا تبعيد الاسباب المحدثة لهذا المرض حسب الامكان وأن يسكن المريض فى محال جافة ساخنة وينتقل الى غير بلاده عند اللزوم ويتدثر بملابس مدفئة ويستعمل الاغذية الجيدة

وأما المعالجة الدوائية فتنحصر فى أدوية تستعمل من الباطن وأخرى من الظاهر موضعية فالباطنية هى يودور البوتاسيوم والزرنيخ واليود الذى يستعمل بشكل صبغة يؤخذ منها بعض نقط فى محلول حمضى ويظهر أن الزرنيخ أشد فعلا من اليود ويعطى على شكل حبوب من حمض الزرنيخوز كل حبة تشتمل على ٢ مللى أو ٤ ويعطى منها اثنتان أو ثلاثة فى اليوم ويستمر على ذلك مدة ينقطع فى اثنائها التعاطى زمنا فزمنا وأما حمض الساليسيليك والانتيپرين فلا يعطيان الا اذا ظهر اضطراب حاد مدة سير المرض مع اضافة بعض تحاضير العلاج وتستعمل المركبات الحديدية ومركبات الكينا وزيت السمك فى بعض الاحوال التى تستدعى تقوية المريض وأما الادوية الموضعية فأهمها هنا التكبيس المساعد لامتصاص النضح الالتهابى بحركة خفيفة فى المفصل وفى العضلات مع احداث لين خفيف فيها ومنها ايجاد تحريك لطيف لمنع حصول التيبس وحفظ حركة المفصل والتأثير الكهربائى الجلوانى نافع كما أن تكهرب العضلات يعقبه نجاح ويكثر فى الالتهاب المفصلى المزمن استعمال حمامات من الماء الساخن المعتاد أو من المياه الملحية المكونة من خمسة الى عشرة أرطال من الملح فى كل حمام والمياه المعدنية المستعملة لهذا القصد هى مياه حمامات تيلتس وڤيلاباد وراجاتس وبادن فى السويس والحمامات الكلورورية القلوية الساخنة فى ويس بادن والمياه الحضية فى آين هوسن ونوهاين وحمامات الطين فى السنير ومارين باد وفرانسن باد والحمامات البخارية لا تستعمل الا فى أوائل المرض عند الاقوياء مع غاية الاحتراس ونضيف الى ذلك استعمال حمامات حلوان بمصر وحمامات الرمل الساخنة نافعة ويمكن استعمالها بالمسكن خصوصا اذا كانت لازمة لليد أو القدم وهى تؤثر بحرارتها وضغطها ضغطا مستويا على الاعضاء المصابة وهذه الطريقة مستعملة عند العرب فى مصر من قديم الزمان

واما

وأما الادهانات المنبهة والمسكنة كزيت الكلوروفورم فتؤثر بالتكبيس الذى يصحبها وليس للدهن بصبغة اليود فائدة وكذا اعطاء المسكنات من الباطن فان هذه الامراض طويلة المدة ولذا يلزم استمرار معالجتها مدة

(المبحث الثانى فى الحدار العضلى الحاد والمزمن معا)

هذا المرض يعرف أيضا بالالم العضلى الحدارى وبالالتهاب العضلى

(الاسباب) - العضلات عرضة للاصابة بآفات حادة التهابية حدارية ناشئة عن مثل البرد يحتمل أن يكون عن تأثير عفنى الاصل لان ذلك ليس محققا ويجوز أن يكون مجلس هذا المرض عضلة واحدة أو جملة عضلات ويصحب هذه الحالة آلام عضلية أخرى تدخل فى الطب العملى تحت كلمة الحدار العضلى خصوصا اذا وجد سبب حدارى وبالنظر لطبيعة المرض لا يوجد اختلاف كبير بين الالم العضلى والحدار العضلى الأن بعض الآلام العضلية الناتجة عن سبب باديحدث تمزقا فى أليافها كما يحصل ذلك من التعب أو من الاشغال الشاقة لا تدخل تحت هذا النوع ولا يوجد أيضا حد فاصل بين الحدار العضلى الحاد والمزمن وهذا الاخير نادر وليس مشابها للحدار المفصلى المزمن الذى يحصل على مايظهر من تأثير الجو ويدخل تحت هذا النوع الآلام العصبية التى تثور من تأثير الهواء الجوى أو عند اضطراب الجو والعادة أن يحصل ذلك فى الاطراف السفلى عند الاشخاص المقيمين أغلب حياتهم فى الهواء المطلق ونضيف الى ذلك استعداد الاشخاص أو تأثير المؤثرات السامة المزمنة وتعاطى الخمر المؤثر فى الاعصاب فجميع هذه الاحوال المرضية تدخل تحت الحدار العضلى

(الاعراض والسير) - العضلات المصابة بالحدار يزداد حجمها واحساسها بالضغط عليها وبحركتها ولا يمكنها تأدية كل أو بعض وظائفها ويشاهد ذلك فى العضلة الدالية ولذا تكون حركة الذراع قليلة وقد سمى الحدار العضلى بأسماء مختلفة على حسب أشكاله المتعددة بتعدد مجلسها

(أولها) - الحدار العضلى للعنق (تورتيكولى) وفى هذه الحالة تميل الرأس الى احدى الجهات وأحيانا تتعسر حركاتها الجانبية

(ثانيها) — الحدار العضلى لقسم القطن (لومباجو) فهذا القسم يتألم من حركة الجذع ووجوده عند الرجال أكثر منه عند النساء ويظهر أن البعض مستعد له أكثر من غيره وقد يحصل هذا المرض أيضا من الانحناء بالعنف الى الامام عند رفع الاثقال

(ثالثها) — الحدار العضلى الصدرى — يشغل العضلات بين الاضلاع وينشأ عنه صعوبة التنفس والسعال والعطاس ويلزم الاعتناء بتشخيص هذا المرض لئلا يشتبه بالالتهاب البليوراوى والالتهاب السمحاقى الضلعى ويجوز حصول هذا الألم العضلى من سبب باد كفعل مجهود

(رابعها) — الحدار المحيط بالجمجمة وسببه كالسابق ويظهر أنه يصيب الصفاقات وألمه شديد خصوصا عند حركات اتجاه الرأس الى الامام ثم الخلف ويجب تمييزه عن الآلام المصحوبة بآلام الرأس وسير هذه الآلام الحادة قصير المدة لكنها عرضة للنكسات

ولا يوجد تغير ظاهر فى الحدار العضلى المزمن الأن آلامه تنتقل من محل الى آخر وتشور من تغيرات الجو ويصحبها تيبس فى العضلات وحينئذ يتوصل الى تشخيص هذا المرض بما يقوله المريض مع الالتفات الى أمراض تصحب بآلام شبيهة بآلام الحدار كآلام الفقرات البطيئة السير وبعض أمراض النساء التى يصحبها ألم فى القطن

(المعالجة) — يعالج الحدار العضلى بحمض الساليسيليك وآلامه العضلية بالانتيبرين والمعالجة الموضعية تكون بالتكبيس وحده أو مصحوبا بالكؤل الكافورى أو بروح الخردل أو بزيت الكلوروفورم وتستعمل الكهربائية ذات التيار المستمر أو ذات التيار المتقطع ويستعمل الخردل واللبخ الساخنة وكذا يستعمل التعريق خصوصا اذا كان بحمام بخارى

وليس لحمض الساليسيليك والانتيبرين تأثير مستمر فى الحدار العضلى المزمن بل يحسن استعمالهما عند الاضطرابات الحادة واجود منهما التكبيس والكهربائية اللازم استمرارهما وكذا تستعمل الحمامات البخارية باحتراس عند السمان ذوى المزاج الدموى أو المعرضين لاغماء القلب وتنفع هنا حمامات الوحل وأزرار الحور والحمامات السابقة فى الحدار المفصلى المزمن ويضاف الى ذلك الرياضة الخفيفة ومنع المشروبات الروحية وقد

تنجح الحمامات الباردة

(المبحث الثالث فى داء النقرس)

هذا المرض يعرف أيضا بداء الملوك وأول من شرحه توماسيدنام الذى مكث مصابا به ٤٠ سنة ثم اشتغل به بعده فولاستلم الذى أبان فى سنة ١٧٩٧ ان الرواسب التى توجد فى المفاصل مدة هذا المرض يكون أغلبها مكونا من حمض البوليك ومن حينئذ أخذوا فى استعمال الوسائط المساعدة على خروج هذا الحمض وقال جارو ان دم المصابين بداء النقرس يشتمل على كمية زائدة من حمض البوليك وان الكلى فى هذا المرض تفرز كمية قليلة منه بمناسبة الكمية الموجودة ولذا سماه بعضهم بالالتهاب المفصلى البولى

(الاسباب) — منها الوراثة اذ ثبت ان كثيرا من العائلات أصيبوا بهذا المرض فأصيب به خلفهم والوراثة من جهة الذكور أكثر منها من جهة الاناث ومنها التغذية الجيدة الكثيرة المواد الازوتية والافراط من المشروبات الروحية ولذا كان يقال قديما ان النبيذ أب لهذا الداء والماء أم له والزهراء مرضعته وذلك من باب المبالغات وبالجملة هذا الداء مرض الاغنياء غالبا ولذا سمى بداء الملوك وقد يوجد عند الفقراء غير المتمتعين بعوائد الاغنياء كما انه قد يوجد عند المتمتعين بالشروط المساعدة على ظهوره وقد يوجد عند المشتغلين بالرصاص ومركباته ولذا يشتبه بالتسمم الرصاصى وهناك أسباب أخرى لهذا الداء ليست ذات أهمية فيه وانما لها دخل فى حصول نوبه وذلك كالاسباب البادية والتبريد وعدم اتباع بهريز مخصوص والانفعالات النفسية والاقليم لان الوضع الجغرافى للممالك يساعد على ظهوره فيوجد فى بلاد الانجليز أكثر من المانيا ويظهر بقلة فى الساكس وباڤييرا والقطر المصرى وماشابه ذلك وهو يصيب الاشخاص فى سن الكهولة أكثر من الشبوبية والرجال عرضة له أكثر من النساء

(الاعراض) — الآفة النقرسية وان كانت تصيب اعضاء مختلفة الا أنها تصيب كثيرا المفاصل وله نوب وظواهر مرضية أخرى ولنشرح أعراض النوب أولا فنقول النوبة تكون مسبوقة عادة بأعراض هجوم تنحصر فى اضطراب الهضم أو احساس بانحطاط وتغير مزاج وأحيانا بآلام عضلية رديئة وانعقال فى سمانة الساقين وأحيانا

أخرى بحركة حمية مصحوبة بقشعريرة وحرارة وعرق وتبدو النوبة عادة فى اثناء الليل أو قريبا من الصباح فتستيقظ المرضى شاكية بألم شديد محرق فى مفاصل السلامى المشطية من اصبع القدم الكبيرة (بوداجرا) فينتفخ المفصل ويحتقن الجلد المغطى له و يتمدد و يصير ساخنا وتحتقن أوعيته أيضا وتصطحب هذه الحالة التى تستمر الى الصباح بالحمى ثم يخف الألم والحمى وتستريح المرضى طول النهار الأن الاوزيما الالتهابية للاصبع تبقى وفى الليلة الثانية يرجع كل من الألم والحمى وهكذا تمكث الحالة أربعة أيام الى اثنى عشر يوما ثم يخف الألم شيأفشيأ وتزول النوبة بسرعة اذا كانت أعراضها شديدة ثم يخف انتفاخ الجلد ويتغطى بقشرة خفيفة بشرية وتزول الحمى أيضا الأن المرض لا ينحصر فى نوبة واحدة بل لابد من عوده وتكراره بعد مضى أسابيع أو أشهر أو سنين ويكون تكراره سريعا اذا كانت الاعراض شديدة وكان المرض خطرا ويكثر ظهور النوب فى فصلى الربيع والخريف وكما يصيب المرض مفاصل الاصبع الكبيرة للقدم كذلك يصيب المفاصل الاخرى من القدم نفسه أو من اليدين أو الركبتين وكذلك يصيب الاحشاء خصوصا الكلى وكذا الاغشية المخاطية كما يشاهد فى حالة عسر الهضم النقرسى والنزلة المعوية والشعبية والتهاب الملتحمة ونزلات الجهاز البولى ونزلة البول وقد يكون سبب هذه النزلات تراكم حمض البوليك فى الدم أو أنها تكون مضاعفات لهذا المرض خصوصا من عوق الدورة الناتج عن آفة القلب

وأما الظواهر المرضية للنقرس فهى التهابات الاغشية المصلية كاصابة البليورا والتهاب الرئة واصابة الجلد بالايكزيما الحادة والمزمنة وقد شاهدوا اصابة العين وكذا اصابة الكبد بالسيروز الذى يجوز أن يكون ناتجا عن تأثير حمض البوليك على منسوج الكبد لكن أكثر الاعضاء الباطنة اصابة هى الرئة والقلب والاوعية والاصابة المعجلة أو المؤجلة للكلى تكون غالبا هى الاسكليروز الكلوى المعتاد الذى تعقبه زلالية البول وضخامة البطين اليسارى والاوزيما المختلفة وقد تحصل سدد فى المخ ينشأ عنها السكتة المخية المعجلة للموت ثم ان القلب يصاب بأمراض أخرى غير ضخامته التى أعقبت اسكليروز الكلى وذلك كالتهاب غشائه الباطن والتهاب طبقته العضلية المزمنة وقد يصاب بالذبحة الصدرية الخ ونضيف الى ذلك الالتهاب الباطن للشرايين والاسكليروز الشريانى واصابة

الاوردة وغيرها من الاعضاء

(التشريح المرضى) - التغيرات التشريحية الكيماوية التى تشاهد فى هذا الداء تنحصر فى رسوب كمية وافرة من بلورات البولات فى منسوجات المفاصل فتصاب اسطحة الغضاريف والاربطة والاوتار والسمحاق والأكياس الزلالية وأحيانا بعض أجزاء من الجلد فتترشح جميع هذه الانسجة بمواد ملحية بولية مكونة من بولات الصودا الحمضية وقد تختلط بكمية من بولات وفوسفات الكالسيوم وكلورور الصديوم وهذه التغيرات تشاهد أيضا فى الاعضاء الاخرى المصابة والدم يكون مشتملا على كثير من حمض البوليك الذى يكثر تكوينه أو يقل خروجه من الجسم ولم يعلم الى الآن سبب حصول هذه الحالة غير الطبيعية ولا الكيفية التى بها ترسب هذه المواد فى غضاريف المفاصل ولا سبب ظهور المرض أولا فى مفاصل الاصبع الكبيرة

(التشخيص) - تشخيص النقرس فى ابتداء نوبته سهل بسبب ان الألم يبتدئ ليلا فى الاصبع الكبيرة وأما تشخيصه فى الادوار الاخرى فعسر لان النوبة لا تكون ظاهرة خصوصا وانها تضاعف بأمراض أخرى مصحوبة بأعراض مختلفة وان المصابين بهذا المرض لا يقرون بنوبة سابقة وحينئذ يميز الشكل غير الطبيعى الذى اكتسبته الاصابع بازمان الداء وبوجود عقد صغيرة نقرسية فى الاوتار وفى سمك الجلد كما فى الاجفان وصيوان الاذن ونضيف الى ذلك الوراثة ووجود التسمم الرصاصى و رؤية حمض البوليك فى الدم وطريقة ذلك ان تؤخذ كمية من مصل الدم بواسطة خرقة ويضاف عليها من ست الى عشر من محلول حمض الخليك ٣٠ فى ١٠٠ ويوضع فى هذا الممزوج خيط من الكتان ثم يوضع الجهاز مدة يوم على حرارة لطيفة فيتكون على الخيط بلورات حمض البوليك وتعرف بشكلها وتأثيرها الكيماوى ولكن هذه الكيفية ليست متبعة

(الانذار) - هذا المرض غير خطر يشفى منه اذا اتبع المريض الشروط الصحية من ابتداء حصوله وكانت الاحشاء الباطنة سليمة أما اذا اصيبت وتعددت نوبه أو حصل التهاب كلوى مزمن كان المرض خطرا

(المعالجة) - اتفق جميع الاطباء على اتخاذ الوسائط الصحية أولا وهى تنحصر فى التغذية

والمشروبات ومن أجل أن غالب المصابين بالنقرس يكونون سمانا يلزم حينئذ نقص كمية الاطعمة فلا يعطون منها الا ما يسكن الجوع فقط و يلزم ان تكون مكونة من مواد أزوتية ونشوية ودهنية والاولى قليلة لاجل حرق ما يمكن من كمية الزلال ولاجل تراكم الشحم وتعطى اللحوم البيضاء كلحم الاسماك واللحم المسلوق والخضراوات الخضراء وتعطى الالبان والبيض والخبز بكمية قليلة ولا يعطى غير ذلك من الاطعمة خصوصا الحوامض وأما الثمار فيمكن اعطاء كمية قليلة منها وأما المشروبات فلا يعطى منها الا الماء لان السوائل كلها مضرة خصوصا الروحية فاذا لم يمكن المنع منها لزم تقليلها ما أمكن ويجب على المرضى استعمال الرياضة المنتظمة وكثرة الاشغال الموجبة للحركة وقلة النوم وكثرة الاستحمام بالماء البارد عذبا أو مالحا في ابتداء المرض وأما اذا تقدم الداء فالحمامات الساخنة أفضل وذلك كحمامات ولدباد وفيسبادن وبادنبادن وكرلسباد وامس وما أشبه ذلك

ومن الوسائط الصحية استعمال المياه القلوية فانها مفيدة بسبب أنها ترسب حمض البوليك فضلا عن منفعتها في النزلة المعدية والامساك ولذا كانت مياه كرلسباد وفيشي أحسن المياه استعمالا في معالجة هذا الداء و يليها مياه امس والمياه الملحية لاشتمالها على أملاح الليتين ومياه الليتين الطبيعية هي مياه أوبيرسالتس ومياه اسمن شوسن ولكن المياه الليتينية الصناعية أقوى من الطبيعية فيؤخذ من كربونات الليتين من ١ الى ٢ ديسى مذابة في كمية من ماء سلتس ثم تعطى للمرضى مرتين أو ثلاثا في اليوم وأما غير ما ذكر من الادوية الاخرى المستعملة في معالجة النقرس ومعادلة حمض البوليك فلا يستحق الذكر وأما معالجة النوبة فتنحصر في راحة العضو المريض وتدفئته ووضع لبخ مسكنة عليه واتخاذ الحمية القوية مع استعمال الملينات وتعطى أملاح الصودا أو المانيزيا وتسكن الآلام بواسطة حقنة المورفين وصبغة اللحلاح المستعملة قديما يعطى منها ٣٠ نقطة أو أقل أو من نبيذ اللحلاح وهذا الدواء قليل الاستعمال الآن ويظهر ان حمض الساليسيليك وساليسيلات الصودا أحسن منه وكذلك الانتيبرين ونضيف الى ذلك التكبيس اللطيف والحمامات الكبريتية وحمامات الوحلة الكبريتية وبعض الاطباء يمدح استعمال يودور البوتاسيوم لسهولة امتصاص الرواسب النقرسية وتعالج المضاعفات بما يناسبها

(المبحث

(المبحث الرابع في تأخير نمو العظام)

هذا مرض يعرف بالراشيتسم وبمرض الانجليز وأول من شرحه شرحا وافيا هو جاسون الانجليزي سنة ١٦٥٠ وقال انه وجد في بلاده من ابتداء القرن السابع عشر ولذا سمى بمرض الانجليز ومن ذلك الوقت جرت الابحاث والمناقشات فيه

(الاسباب) - منها التغذية والوسط الذي تعيش فيه الاطفال ولذا يوجد كثيرا عند الفقراء وفي المدن ويقل في الارياف وكذلك عند الرضع من ثدي صناعي وعند ضعفاء البنية والانيماويين ولكن حصول هذا المرض ليس تابعا دائما لهذه الاسباب لانه قد يوجد بدونها ولذا بحثت الحكماء الفرنساويون والنمساويون عن كيفية حصوله فأرشدتهم التجارب الى أن فقد الجوهر الكلسي من تغذية الحيوانات يجعل عظامها مثل ما تكون في الراشيتسم وكذا اذا أضيف للتغذية كمية من حمض اللبنيك المذيبة للاملاح الجيرية مع اعطاء كمية قليلة من الفوسفور فان ذلك يجعل العظام كما في الراشيتسم وهذه التجارب وان كانت مفيدة لم توضح لنا منشأ الراشيتسم لان الاطفال يصابون به سواء فقدت عندهم جواهر الكلس أو حصل امتصاص ملح هذا الجوهر القلوي أو كثر عندهم حمض اللبنيك أو حمض الكربونيك اللذان يذيبان الاملاح الجيرية وكل ذلك آراء لا توصلنا الى تمام الحقيقة لان المواد الغذائية التي يتعاطاها الراشيتسميون ليست انقص في الجير من المواد التي يتعاطاها الاصحاء وبناء على ذلك يكون السبب الحقيقي لهذا الداء غير واضح ولم تعرف حقيقته الى الآن ويظهر هذا المرض عند الاطفال قبل أن يبلغ عمرهم ثلاث سنين وبعضهم قال انه يظهر في الاشهر الاول للحياة وقد شوهد خلقيا كما شوهد أيضا متأخرا عند الاطفال وهم فيما بين الثامنة والعاشرة من سنهم

(الاعراض) - يكون الراشيتسم ابتداء غير محسوس لا يظهر لمن لاحظه ولا يشاهد الا في حال نشأة العظام وحينئذ لا تبتدئ الاطفال في المشي أو تعجز عنه بعد الابتداء فيه وفي هذه الحالة يستدل على وجوده بالبحث عن الهيكل وفي بعض الاحيان يسبق بأعراض هجوم وهي تنحصر في حصول اسهال وقت الصباح عادة وتكون مواده معتمة وقد توجد حركة حمية مصحوبة بازدياد حجم الطحال ويبهت لون الاطفال وبعد أسبوعين أو ثلاثة تظهر تغيرات في

غضاريف الاضلاع وهذه الاحوال تساعد القول بوجود أصل عفن لهذا الداء

وأما الاعراض المميزة فهى كبر الرأس وبقاء اليوافيخ غير ملتحمة مدة سنتين أو ثلاثة وغلظ العظم المؤخرى وتغير شكل الفكين خصوصا الفك الاسفل الذى يكتسب شكلا زاويا فى محاذاة الانياب بحيث تكون القواطع على خط مستقيم وذلك بسبب تأثير العضلات المضغية وتأخير التسنين وتغير شكل الصدر ووجود عقد فى محل انضمام الاضلاع بالغضاريف وترى تلك العقد بالنظر أسفل الجلد وتسمى السبحة الراشيتيكية ثم تنخفض الجهتان الجانبيتان من الصدر خصوصا فى محل اندغام الحجاب الحاجز بسبب انقباضاته التى تؤثر على العظام اللينة وتظهر هذه الحالة بكثرة اذا حصل اضطراب فى التنفس بسبب مرض أصاب اعضاءه وتعوج الترقوتان وتصيران عرضة للكسر وأما العمود الفقرى فيبقى على شكله اذا نامت الاطفال على الظهر ولم تتعود على المشى أو القعود واما اذا حصل ذلك فيعوج العمود الفقرى أو الحوض ويوجد انتفاخ فى أطراف العظام واعوجاج فى أجسامها كما يشاهد فى عظام الساعد والشاظية فيكتسب الساق شكل السيف وقد يحصل اعوجاج أيضا فى عظم الفخذ

وقد تشاهد فى الاحوال الخطرة أعراض أخرى كالانيميا واضطراب التغذية واصفرار اللون وتنحف الاطفال وتضعف أليافها وتصاب باحتقانات فى العقد الليمفاوية ويزداد عرقها خصوصا عرق الرأس وتصاب بنزلات معوية ورئوية وشعبية ويحتقن كل من الطحال والكبد ويحصل تشنج فى المزمار وفى اعضاء أخرى وأما فى الاحوال الخفيفة فلا يحصل اضطراب فى التغذية

(التشريح المرضى) – يتصف باضطراب مخصوص فى نمو العظام فيقل تماسكها مع المنسوج العظمى الذى ابتدأ تكونه لفقد المواد الكلسية وحينئذ تصير العظام رخوة قابلة للانثناء والقطع بالسكين واذا بحث عنها يرى احتقان سمحاقها ونخاعها وينفصل هذا السمحاق السميك ملتصقا أحيانا ببعض أجزاء عظمية واذا قطع العظم ترى الدوائر العظمية التى بين الجسم والطرف والتى فى جسم عظمى عريضة ومكونة لزجاج ويقل تكون الخلايا الغضروفية وتكتسب الهيئة الليفية ويقل ارتشاح المواد الجيرية وحينئذ

يوجد فى جوهر العظم تجاويف نخاعية فى نفس جوهرها الغضروفى وينمو المنسوج الوعائى والسمحاق يسمك ولا تشتمل طبقته المكونة للعظم على مواد جيرية بل تبقى رخوة ويحصل امتصاص عظمى فى باطن العظام وترق الصفيحة العظمية المندمجة وبهذه التغيرات وزيادة تكون المنسوج الخلوى وارتشاحه تفسر زيادة حجم الاطراف الطويلة وسماكة العظام العريضة فعظام المصابين بالراشيتسم بالنسبة لتركيبها الكيماوى تشتمل على عشرين أو ثلاثين فى المائة من المواد الجيرية مع أنها فى الحالة الطبيعية تشتمل على ٦٣ أو ٦٥ فى ١٠٠

(السير) – سير هذا المرض مزمن ويعرف انتهاؤه بتعظم اليوافيخ وبطول العظام وزوال اعوجاجها وتشوهها أحيانا وقد يبقى التشوه مدة الحياة حتى ان قامة من أصيبوا به تكون أقل من قامة السليمين وذكر بعض المؤلفين نوعا حادا من الراشيتسم ولا يتسبب فقد الحياة عن هذا المرض نعم اذا حصلت المضاعفات والنزلات التى ذكرناها مع المرض الاصلى يحصل أحيانا خطر ما لم تستعمل الوسائط الصحية

(التشخيص) – تشخيص هذا المرض سهل بمعرفة الاعراض التى ذكرت نعم قد يشتبه بالاستسقاء الدماغى ولكنه يتميز بانتظام شكل الرأس وبتغير شكل العظام

(المعالجة) – تنحصر فى استعمال الوسائط الصحية وتغذية الاطفال تغذية جيدة كالالبان وصفار البيض واللحوم بحسب الحالة مع الاقامة فى بلاد الارياف واستعمال الحمامات القلوية والملحية والعطرية وتعالج الاضطرابات بما يناسبها وتقوى البنية بالمركبات الحديدية كصبغة مارس التفاحية النافعة للاطفال الانيماويين واستعمال زيت السمك ويجب ان تنام الاطفال على فراش وطيد وهذه الوسائط كافية أحيانا لمعالجة الاطفال وقد استعملوا الجير وفوسفاته من جرام الى ٢ فى اليوم واضافة ملعقة أو اثنتين صغيرتين من ماء الجير على اللبن واستعملوا أيضا سنتى واحد من الفوسفور مضافا الى مائة من الزيت يؤخذ منه ملعقتان صغيرتان فى اليوم وتكون اضافته لزيت اللوز الحلو مفردا أو على شكل مستحلب وأما المعالجة الجراحية والاربطة الخاصة بذلك فلا تفعل الا اذا بقى للمرض أثر مشوه للعظام

(المبحث الخامس فى لين العظام)

لين العظام ليس كالراشيتسم منحصرا فى لينها حال نموها فقط بسبب اضطراب تغذيتها بل هو مرض ينشأ عنه لين العظام سواء كانت جامدة تامة النمو أولا

(الاسباب) — لين العظام هو مرض يحصل فى سن الكهولة وسن الشيخوخة والنساء عرضة له أكثر من الرجال ولم يعلم لهذا المرض سبب حقيقى أصلى نعم يوجد فى بعض الجهات أكثر من غيرها كجهات الفلاندر الشرقى وايطاليا وغيرهما والمظنون ان هناك سببا مرضيا موضعيا ومن الاسباب المتممة لهذا المرض عدم اتباع الشروط الصحية والسكنى فى المحال الرطبة والحمل

(الاعراض) — يبتدئ هذا المرض ببطء ويتصف بآلام غائرة غالبا فى قسم العجز والظهر والقفا وفى الفخذين ويزداد الألم عند الضغط على الاجزاء المصابة ويتعسر على المريض المشى بدون مساعد بسبب الألم وضعف العضلات وحينئذ يصير المشى غير منتظم والخطوات قصيرة وفى كل خطوة يتجه الساق الى الامام مرة واحدة مع الحوض وتزداد الآلام حتى انها توجد من ضغط الغطاء ثم تنحنى العظام ويتغير شكل الهيكل وأول ما يتغير منه هو العامود الفقرى فيكتسب تقريبا شكل المص وتميل الرأس الى جهة الصدر فتقصر بذلك قامة الشخص وينعطف القفص الصدرى على نفسه ويتجه الى الامام ويتغير شكل الحوض لانه ينضغط على جهته الجانبية ويتجه الارتفاق العانى والعجز الى الامام والمضيق العلوى للحوض يكتسب شكل قلب ورقة اللعبة واما الاطراف فلا يتغير شكلها الا قليلا خصوصا اذا لازمت المرضى فراشها من أول وهلة ويختلف تشوه هذه العظام وقد تتضاعف بالكسر ولقد بالغوا فى لين العظام حتى قالوا بامكان ثنيها كما يثنى الانسان الشمع الاسكندرانى وحينئذ يظهر أن احساسها يقل فى الانتهاء وأما عظام الرأس والوجه فتبقى حافظة لشكلها والحالة العمومية تبقى مدة محفوظة والاعضاء الباطنية تتمم وظائفها والشهية تبقى على ما هى عليه والبول يشتمل على حمض الفوسفوريك وأما الكلس فلا يوجد منه شئ دائم وقد يوجد فى البول زلال وحمض لبنيك وقد يصطحب لين العظام برسوبات كلسية فى المثانة والكلى

(التشريح المرضى) — ينحصر فى فقد المادة الجيرية من العظام داخلها وخارجها وفى لينها واحتقان النخاع العظمى وتستحيل قنواتها فترس الى منسوج رخو متباعد العناصر ويختفى جزء من الجسيمات العظمية ويتغير شكلها ويمتد اللين من الجوهر الاسفنجى الى الجوهر المندمج وتتسع القناة النخاعية وترق سماكة العظم المندمج حتى يكون فى السمك كالورق ويصير كقطعة نظيفة نفخت وجففت والنخاع العظمى يصفر أو ينتهى بالاستحالة الى سائل أصفر غروى وحينئذ تلين العظام ويسهل قطعها ويكون وزنها أقل من المعتاد والسمحاق الذى احتقن من أول الامر ينفصل وسطح العظم يصير خشنا غير منتظم واذا بحث عن هذه العظام بحثا كيماويا يرى ان أملاحها الجيرية نقصت ووجد فيها حمض اللبنيك الذى يجوز أن يكون له تأثير فى فقد المادة الجيرية من العظام

(السير والانتهاء) — سير هذا المرض مزمن فيمكث عشر سنين ويندر أن يمكث أقل من سنتين ويجوز أن يقف كما يجوز ان يرتقى مدة الحمل وانتهاؤه يكون أحيانا بالموت وفى اثناء سيره يحصل تعب واضطراب فى الجهاز التنفسى يتسبب عنه مرض فى اعضائه

(التشخيص) — يكون صعبا فى أوائل المرض لانه يشتبه حينئذ بآفة فى النخاع أو فى العمود الفقرى ولكن فى هذه الحالة تدلنا عليه العلامات التى تؤخذ من الحوض والمشى المخصوص واعوجاج العظام ولا يشتبه بالراشيتسم لانه يظهر فى سن الكهولة مع ان اطراف العظام تبقى على طبيعتها وأحيانا يشتبه بالحالة السرطانية المنتشرة فى العظام لانه يحصل منها تشوه الهيكل

(المعالجة) — معالجة هذا المرض ليست جيدة وتنحصر فى الادوية المقوية كالحديد وزيت السمك والحمامات والمخدرات وظهر ان استعمال الفوسفور أجود من استعمال الجير أما الصعوبات التى تحصل عند المصابين بلين العظام وقت الولادة فلسنا محتاجين لذكرها هنا لان هذا ليس محلها

(تم الجزء السابع ويليه الجزء الثامن فى أمراض المجموع العصبى)

فهرست الجزء الثامن فى أمراض المجموع العصبى من الخلاصة الطبية

صحيفة
١ الباب الاول فى أمراض المخ
الفصل الاول فى أمراض غلافاته
المبحث الاول فى النزيف المتكيس
٣ « الثانى فى الالتهاب السحائى التقيحى
٦ « الثالث فى الالتهاب السحائى التدرنى
٩ « الرابع فى الالتهاب السحائى الحاد
١٠ الفصل الثانى فى أمراض جوهر المخ
المبحث الاول فى اضطراب الدورة المخية
١١ « الثانى فى النزيف المخى (السكتة)
١٧ « الثالث فى لين المخ
١٩ « الرابع فى التهاب المخ
٢٤ « الخامس فى أورام المخ
٣٠ « الساس فى الامراض التسلقية
٣٢ « السابع فى الآفات الزهرية للمخ
٣٤ « الثامن فى الشلل الساعى للجاذيب
٣٧ « التاسع فى الاستسقاء الدماغى المزمن
٣٩ (الباب الثانى فى أمراض البصلة)
المبحث الاول فى شلل البصلة الساعى
٤٢ « الثانى فى نزيف البصلة واستحالة شرايينها
٤٤ (الباب الثالث فى أمراض النخاع)

صحيفة
المبحث الاول فى الالتهاب الحاد السحائى الشوكى
٤٥ « الثانى فى الالتهاب السحائى البسيط والمزمن
٤٦ « الثالث فى الالتهاب السحائى النخامى
٤٧ « الرابع فى النزيف السحائى الشوكى
٤٧ « الخامس فى الالتهاب النخاعى الحاد والمزمن
٥١ « السادس فى اسكليروز المخ والنخاع
٥٣ « السابع فى اختلال الحركة
٥٧ « الثامن فى الاستحالة الضمورية لجهتى النخاع
٦٠ « التاسع فى الضمور العضلى الساعى الشوكى
٦١ « العاشر فى الشلل النخاعى التشنجى
٦٢ « الحادى عشر فى الالتهاب النخاعى المتعدد الحاد والمزمن
٦٥ « الثانى عشر فى الشلل الصاعد
٦٧ « الثالث عشر فى أورام النخاع وغلافاته
٦٧ « تذييل فى استسقاء النخاع
٦٨ « الرابع عشر فى الاستسقاء الشوكى

تمت

(الجزء الثامن)

(فى أمراض المجموع العصبى)

نقسم هذه الامراض الى ثلاثة أقسام أمراض المراكز العصبية وأمراض الاعصاب الدائرية التى تنشأ من المراكز العصبية المذكورة والامراض العصبية العمومية ونتكلم فى هذا الجزء على امراض القسم الاول أى أمراض المخ والنخاع فنقول

(الباب الاول فى أمراض المخ وهى قسمان أمراض غلافاته وأمراض جوهره)

(الفصل الاول فى أمراض غلافاته)

(المبحث الاول فى النزيف المتكيس للام الجافية)

يطلق هذا الاسم على أنزفة دموية ممتدة متكيسة عادة موضوعة على السطح الباطن للام الجافية ومكونة لنوع أورام دموية سماها فرشوف بالالتهاب السحائى السميك

(الاسباب) — قد وقعت مجادلات بين الحكماء فى حقيقة تكون هذه الاورام الدموية وسببها ولم يتم الاتفاق فيها الى الآن فالبعض اعتبر ان هذه الانزفة أصلية وبتجمد دمها تتكون أغشية من منسوج ضام ولم يرتض فرشوف هذا الرأى بل قال ان النزيف الدموى يكون تابعيا دائما لان المرض يبتدئ بالتهاب مخصوص (التهاب سحائى سميك نزيفى) ثم يحصل النزيف فى منسوج خلوى كثير الاوعية المتكونة حديثا ومن عهد قريب اعتبر البعض أن النزيف يكون أصليا فى بعض الاحوال التى يوجب التغير فيها تمزق الاوعية بسهولة ومن أسباب هذا المرض الادمان فى الخمر والسدد والاستحالة الشحمية وسوء القنية النزيفى والانيميا الخبيثة واللوسومى والاسكربوط وغير ذلك من الامراض الأخرى الخطرة والرجال عرضة له أكثر من النساء

(الاعراض) — قد لا تظهر أعراض تدل على هذا الداء مدة حياة المصاب به لان النزيف لا يحصل مرة واحدة فقط بل يتكرر وبتكراره يعتاد المخ عليه فلا تظهر أعراضه أولان

أعراض الامراض الخطرة التى تصحبه تستر أعراضه وقد يوجد هناك أعراض مختلفة فتارة يبدو المرض بأعراض مشابهة لاعراض السكتة المخية وتارة بألم فى الرأس واضطراب فى الحواس وتنعس وكوما وعدم انتظام النبض وبطئه وقئ وضيق فى الحدقتين فذلك كله يدل على ضغط فى داخل الجمجمة ومن الاضطراب الذى يحصل من ذلك اضطرابات الفالج فيحصل شلل خفيف جانبى ومن التنبيه الذى يوجد فى مراكز الاعصاب المحركة يشاهد تشنج جانبى وقد يقتصر ذلك على عصب واحد وقد شوهد أيضا اضطراب فى التكلم ويندر حصول تغير فى الاحساس

(السير) — سيرهذا المرض يختلف فتارة يحصل الموت بسرعة فى نوبة كوما مستغرقة وتارة يستمر مع وجود الالم فى الرأس والدوار والنصف شلل ويمكث كذلك أشهرا وسنين وربما يزيد فى أثنائها وربما ينقص أو يقف

(التشريح المرضى) — الالتهاب السحائى السميك الباطنى يتكون فى درجة بساطته من غشاء لطيف وردى اللون موضوع على السطح الباطن للام الجافية سهل النزع مزين ببقع كثيرة حمراء سمرة متكونة من مادة دموية وهذا الغشاء مكون من منسوج ضام مشتمل على أوعية شعرية ذات قطر متسع ويزداد سمكها بازدياد المواد المرتشحة وتصير مكونة من طبقات فوق بعضها فالجديد منها ما كان سطحيا مجاورا للمخ والقديم ما يبطن الام الجافية ويتكون منها منسوج ضام ليفى كثيف ويستنتج من ذلك ان هذا الوضع الرسوبى لهذه الطبقات الدموية يقابل أزمنة متوالية ويثبت ذلك بالسير الاكلينيكى لهذا المرض وقد تكتسب هذه الاورام الدموية حجما كبيرا حتى انها أحيانا تصل لحجم البيضة وتضغط على ما يجاورها من المخ والدم المستجد يشغل الجزء المركزى لها أو يرتشح فى طبقاتها الغشائية وفى الاحوال التى تنثقب فيها الطبقات السفلى من هذه الاورام التى جهة المخ يسيل الدم فيما بين الام الجافية والعنكبوتية (السكتة داخل السحايا)

ومجلس الاورام الدموية عادة قبة الرأس وان شوهد منها فى قاعدة المخ وفى الجهة المقدمة والخلفية وأحيانا تكون فى جهة واحدة من الرأس وأخرى فى الجهتين معا وهذه الآفة تشاهد عند الاشخاص الذين توفوا بأمراض أخرى مزمنة للمخ أو الكليتين أو الرئة

أو بأمراض عفنة حادة كالتيفوس والجدرى ونشاهد أيضا فى الجنون الشللى

(التشخيص) — فى العادة يكون تشخيص هذا المرض محاطا بصعوبات ولا يقرب معرفته الا وجود بعض أسباب كالمشروبات الروحية ووجود أمراض مخية مزمنة وزيادة المرض ونقصه ووجود العلامات الدالة على اصابة الطبقة القشرية للمخ والنصف شلل والانقباضات العضلية وضيق الحدقة ومع ذلك قد يحصل الاشتباه عند التشخيص

(المعالجة) — لم يتحصل على دواء مزيل لهذا الداء خصوصا اذا ظهرت أعراض السكتة المخية ومع ذلك يلزم استعمال الجليد على الرأس ويؤخذ من أقوياء البنية كمية من دم الصدغين أو من خلف الاذنين وتستعمل المحولات على القناة المعوية ومتى زالت النوبة تمنع المرضى من المشروبات الروحية ومن التعب الجسمى والعقلى وتعالج الاعراض بما يناسبها

(المبحث الثانى فى الالتهاب السحائى التقيحى)

الالتهاب السحائى التقيحى نادر وهو مرض عفن تابعى أى ان الاصل المرضى الذى ينشأ عنه هذا المرض لا يصيب السحايا الا بكيفية ثانوية فيجب على الطبيب فى الاحوال التى يصل فيها الالتهاب الى السحايا أن يبحث بحثا كلينيكيا أو تشريحيا مرضيا عن السبب الذى أحدث هذا الالتهاب

(الاسباب) — السبب الغالب فى احداث هذا الالتهاب هو أمراض عظام الجمجمة خصوصا عظم الصخرة الشامل لجهاز السمع وقد يحصل عقب التهابات الأذن المتوسطة والباطنة التهاب السحايا الذى يفسر حصوله بالوضع التشريحى واصابة العظم المعتاد تكون بتسوس الصخرة الناشئ عن التهاب الأذن المتوسطة فيحدث انثقاب بتجويف الجمجمة خصوصا فى محاذاة قبوة صندوق الطبلة وجائز أن ينشأ التهاب السحايا أيضا من آفة فى الخلايا الخلمية ويسرى على اتجاه غمد العصب السمعى أو الوجهى ويتبع الاوعية التى تمر من الشق الحجرى القشرى فيصل الى الام الجافية ثم الى الام الحنونة ويجوز أن يتبع الجيوب الوريدية ومن الاسباب تقيح الحفر الانفية فى جزئها العلوى واصابة عظام الجمجمة بأسباب بادية وقيل ان الالتهاب السحائى التقيحى قد يوجد بدون جرح فى الرأس معرض للهواء بل من تأثير الشمس عند بعض الاشخاص ولا يعلم كيفية ذلك ومن الاسباب أيضا ما يحصل فى الباطن

من خراج يحصل فى المخ واصابة عضو بعيد عن السحايا ثم ينتقل الالتهاب اليها كما شوهد ذلك عند المصابين بالالتهاب الرئوى الكروباوى والمصابين بالالتهاب البلوراوى النقيحى أو بأمراض أخرى تقيحية وتسممية والمصابين بالالتهاب التقرحى للغشاء الباطن للقلب وبالتيفوس البطنى وبالامراض العفنة الطفحية وبالجدار التقيحى الحاد الخ

(الاعراض والسير) — قد علمنا مما سبق فى الاسباب أن ينابيع الالتهاب النقيحى كثيرة ومختلفة ولذا لا يتيسر شرح أعراضها شرحا منتظما يميزها عن أعراض المرض الاصلى المحدث له لان جروح الرأس والمخ التى يتبعها الالتهاب السحائى تحدث أعراضا من جهة المخ قبل أن تتصل بهذا الالتهاب وحينئذ يتعسر علينا تمييز الاعراض المخية عن أعراض الالتهاب

ومع ذلك فان الالتهاب السحائى تارة يبدو ببطئ وعادة فجأة بحصول قشعريرة وحمى وأحيانا بأعراض هجوم غير دائمة يتعسر تفسيرها وعلى كل حال فهى ألم فى الرأس مختلف الشدة والاستدامة ويزداد فى ساعات وأيام مخصوصة ويشغل جميع الرأس او الجبهة أو المؤخر ثم يحصل اضطراب فى الاحساسات فتشتكى المرضى بدوار وفتور وهذيان يشتد أحيانا وتضعف قواهم العقلية ويوجهون يدهم الى الرأس أو الوجه وأخيرا تحصل كوما وفقد كلى فى الحركة وهذه التغيرات تشاهد أيضا فى التهابات السحايا الأخرى وقد يشاهد سوى هذه الاعراض تيبس فى القفا ويظهر متى امتد الى الجهة العلوية من النخاع المستطيل ثم يحصل تنبيه أو شلل فى الاعصاب الجمجمية كاضطراب فى عضلات العين وشلل فى بعضها وعدم انتظام الحدقتين وعدم تأثيرها من الضوء وشلل خفيف فى عضلات الوجه وكزاز فى الاسنان ونرى بالمنظار العينى التهابا فى العصب البصرى

ويوجد من جهة المخ أعراض أخرى خصوصا من جهة طبقته القشرية فيحصل انقباض فى العضلات أو تشنج فى طرف أو اطراف أو ضعف فيها او أحيانا شلل نصفى الخ ونضيف الى ذلك الحمى والحرارة التى تكون من ٤٠ الى ٤٠،٥ وسيرها غير منتظم والنبض يكون سريعا والتغوط بطيئا والبطن متوترة والبول ناقصا مشتملا على قليل من الزلال

ومدة المرض تكون بعض أيام فى الاحوال الحادة وأسبوعا ونصفا فى الاحوال ذات السير

البطىء والانتهاء محزن دائما ويحصل الموت فى حالة كوما

(التشريح المرضى) — نشاهد فى هذا الالتهاب التغيرات المرضية للسحايا والتغيرات التى أحدثها فى الاعضاء المجاورة أو البعيدة فالمجاورة كاصابة عظم السحايا وعظام الجمجمة وسطح المخ وكل ما يشاهد فى هذا الالتهاب هو عين ما يشاهد فى التهابات السحايا الأخرى أى يوجد احتقان ونضح التهابى والتصاقات الا أن النضح يصير هنا صديديا قيحيا وقد توجد تغيرات مرضية فى السطح العلوى للمخ ويجوز وجود سائل قيحى فى بطيناته

(التشخيص) — تشخيص هذا المرض سهل عادة بمعرفة أعراضه ولكن قد يشتبه بالتيفوس والامتصاص الصديدى والتدرن الدخنى والذى يميزه حينئذ هو شدة ألم الرأس وظهور أعراض خطرة مخية فى أوائل المرض ووجود هذيان وفقد فى القوة العقلية ويبس فى القفا واضطرابات موضعية فى الاعصاب المخية وفى عضلات مقلة العين والتهاب فى العصب البصرى ويتميز التيفوس عن هذا المرض ببطئه فى حال الابتداء وبتأخر ظهور الاعراض المخية وبوجود بقع وردية وبضخامة الطحال وبالاسهال ويشتبه هذا المرض أيضا بالامراض التسممية والقيحية الخطرة ومنها التهاب الغشاء الباطن للقلب التقيحى لوجود الاعراض المخية فى جميعها غالبا ولكن يستدل على الالتهاب السحائى بوجود أنزفة جلدية وبانتفاخ المفاصل وبالقشعريرات الخ ثم بعد معرفة وجود الالتهاب السحائى يلزم البحث على الجمجمة وعظم الصخرة لاجل الاستدلال على طبيعة سبب هذا المرض

(المعالجة) — تنحصر فى استعمال الوضعيات الجليدية على الرأس بعد حلقه وبعضهم يستعمل دهن الرأس بالمرهم الطرطيرى أو بصبغة اليود والبعض يستعمل الحمامات الفاترة مع الصب منها على الرأس اذا تحمل المريض ذلك والفصد الموضعى خلف الاذنين أو على الصدغين نافع وتستعمل المسكنات فى الاحوال التى يوجد فيها الالم ولا يحصل نجاح تام باستعمال الادوية الباطنية كيودور البوتاسيوم أو الزئبق الحلو وأما الوسائط الواقية من هذا المرض فهى الاعتناء بمعالجة أمراض الاذن وجروح الرأس باستعمال الوسائط المضادة للعفونة

(المبحث الثالث فى الالتهاب السحائى التدرنى ويسمى أيضا بالالتهاب السحائى الباسيلى)

(الاسباب) – تدرن السحايا المخية مرض تابع لوجود درن من قبل فى عضو من الجسم كالتدرن الرئوى والبليوراوى الخ والام الحنونة عرضة له غالبا ولا نعلم سبب ذلك كما لا نعلم طريق وصول الاصل المرضى لها ويجوز أن يحصل عند الاطفال والكهول عقب التهاب بالبوراوى وعقب الاصابات الدرنية الفطرية للعظام والمفاصل وعقب اصابة الجهاز التناسلى البولى وينشأ عن الاصابة الدرنية للمخ وان كانت درنة واحدة حبوب درنية دخنية فى السحايا واصابة هذا المرض للاطفال أكثر منها للكهول

(الاعراض والسير) – يبدو الالتهاب السحائى الدرنى بأعراض هجوم قصيرة المدة تكون من أسبوع الى اثنين غالبا فتحس المرضى بملل وألم فى الرأس يزداد شيأ فشيأ وتنقص شهيتهم ويحصل امساك وقئ مرة أو أكثر ويضطرب النوم بألم الرأس أو بحيرة عمومية وأحيانا تضطرب القوى العقلية وقد شوهد حصول ظواهر الرقص السنجى عند مدمنى الخمر ثم تظهر أعراض المرض فيشتد ألم الرأس حتى يلزم المرضى الفراش وتتكلم بكلام غير معقول وتغيب حتى لا تكاد تجاوب عما تسأل عنه وتضعف احساساتهم وفى بعض الاحيان تضطرب المرضى وتعبث بأطرافها وأصابعها كأنها تلتقط من الهواء ذبابا طائرة وتنتزع ما عليها من الغطاء ويحصل منها هذيان هذيان أحيانا وأخرى هيجان ثم تفتر وتصغر وتنقبض وجهها ويحصل أيضا احساس زائد بالضغط على القفا مع يبوسة فيه أو فى العمود الفقرى خصوصا اذا امتد هذا الالتهاب الى السحايا الشوكية وقد تظهر أعراض أخرى من جهة الاعصاب الدماغية مشابهة لاعراض أنواع الالتهابات السحائية الاخرى ولا حاجة لتكرارها وأما اضطراب الاطراف فيحصل من تنبيه أعصاب الحركة الناتج من اصابة الطبقة القشرية للمخ فيشاهد انقباض فى جملة عضلات غير قاصر على جهة من الجسم أو على طرف منه الا نادرا ويجوز حصول شلل تام او نصف شلل وكذا صمم يفسر حصوله احيانا بما تظهره الصفة التشريحية وحينئذ يوجد تكون درنى على سطح المخ يؤثر عليه امابضغطه او بتكون اوزيما فيه وباستمرار ذلك يحصل لين فى المخ وكثيرا ما يوجد

في

فى الاطراف يبس مخصوص ناتج عن التنبيه اللاواسطى او عن تأثير فعل منعكس كما انه يجوز تزايد احساس الجلد وفى هذه الحالة يحتمل ان هذه الاضطرابات الاخيرة تكون ناتجة عن امتداد الاصابة للنخاع الشوكى

واما درجة الحرارة هنا فتزيد شيأ فشيأ أو تتذبذب بين ٣٨ و ٣٩ مئينية حتى تصل الى ٤٠ تقريبا وفى بعض الاحوال تبلغ ٤١ ثم فى آخر المرض تتناقص حتى تصل الى ٣١

واما النبض فينقص فى اوّل المرض الى ان يصل ٤٠ او ٥٠ فى الدقيقة وذلك من تأثير الضغط المخى ثم بعد ذلك يجوز ان يرتفع دفعة واحدة ويصير صغيرا او احيانا غير منتظم

وامّا التنفس فيتزايد عادة وسرعته وعمق حركاته التنفسية يدلان على احتمال وجود التدرن الدخنى للرئتين وفى آخر التنفس تبدو منه حركات بطيئة سطحية تنتهى بالوقوف زمنا وهذا يدل على ان التنبيه العصبى التنفسى حصلت فيه اصابة تامة وهناك اعراض اخرى ليست ذات اهمية

ويلزمنا هنا التنبيه على اعراض هذا المرض عند الاطفال لكثرة اصابتهم به فيصيبهم احيانا عقب الحصبة والسعال الديكى وغيرهما من الامراض وهجومه يكون فى مدة طويلة عادة تفقد فيها الاطفال شهيتها او تنحف ومتى ابتدأ المرض اعلن بألم راسى وقئ وألم فى البطن والصدر وبطء النبض ولا ينتظم وقد يرتفع الى ١٦٠ او ٢٠٠ ويحصل اضطراب فى الاحساسات وتنعس مصحوب بأنين وصياح زمنا فزمنا وتنحرف مقلة العين عن موضعها ويحصل انقباض فى الفكين او كزاز فى الاسنان تفزع منه الحاضرون والحمى لا ترتفع ارتفاعها عند الكهول بل تكون من ٣٨ الى ٣٩ والتنفس يكون غير منتظم ثم تصاب المرضى بالكوما او بانقباضات صرعية ويحصل الموت مصحوبا بارتفاع درجة الحرارة

(السير) – سير هذا المرض لا يكون على نسق واحد فى الدور الاول ومتى وصل الى حد بلوغه لا تزيد مدته عن أسبوع ونصف وقد قسموه الى ثلاثة أدوار الاوّل دور الهيجان الذى يحصل فيه ألم فى الرأس ويبس فى القفا وقئ وهذيان والثانى دور الضغط المخى الذى يحصل فيه استسقاء مخى ويتميز ببطء النبض وبشلل فى أعضاء العين وبفالج الخ والثالث دور الشلل الذى يحصل فيه كوما عميقة وزوال الانقباضات وزيادة النبض وتذبذب درجة

الحرارة وهذا التقسيم ليس مطردا

(الانتهاء) – انتهاء الالتهاب السحائى الدرنى محزن دائما والموت يتبع ظروف الاحوال فتارة يحصل معجلا وأخرى متأخرا وتحصل الظواهر التى ذكرناها فى درجته الاخيرة

(التشريح المرضى) – نجد فى الغشاء المصلى للام الحنونة نوعين من التغيرات المرضية الاول تكون مادة جديدة هى الدرن الدخنى والثانى التغيرات الالتهابية فأما التكونات الدرنية فتارة تكون كثيرة وتارة قليلة تبعا للتغيرات الالتهابية وتوجد هذه التكونات عادة على مسير الاوعية الغليظة فى الميزاب الموجود على سطح المخ (سلفيوس) وفى قرب تصالب العصبين البصريين وعلى الحدبة المخية وعلى النخاع المستطيل وعلى المخيخ الخ وتوجد فى قاعدة المخ أكثر مما على سطحه ولذا سمى بعضهم هذا الالتهاب بالسحائى الدرنى القاعدى وأما التغيرات المرضية الالتهابية فتنحصر فى التهاب الاغشية وفى تكون نضح مصلى هلامى مختلف الكمية تعرفه العين العارية أو الميكروسكوبية بوجود خلايا فيه ويجوز أن يصيب الالتهاب الدرنى جوهر المخ كما يجوز وصوله الى بطينات المخ والسائل هنا يكون مضطربا بوجود الخلايا فيه وبعض دم وكذا تجوز اصابة الضفيرة المشيمية وقد يمتد الالتهاب الى أم حنونة النخاع الشوكى

(التشخيص) – بوجود الاعراض والاسباب ومعرفتها يسهل التشخيص وحينئذ يجب البحث عن ان وجود الدرن سابق على المرض أو ان المرض مكتسب بالوراثة أو مصحوب بآفات خنازيرية أو آفات درنية فى العظام أو المفاصل أو الرئة أو البيلورا أو المشيمة أو وجود وباء التهاب سحائى وأما معرفة المرض فى ابتدائه فعسرة لكن يلزم الاعتناء بمعرفة عدم انتظام النبض وبطئه ووجود حركان حمية ولا يشتبه علينا هذا المرض بالتيفوس فى ابتدائه لان سير كل منهما يزيل الاشتباه ويتميز عن الامراض التسممية كبولية الدم بما سبق ذكره وعلى كل حال فوجود انسكابات استسقائية مخية وآفات درنية مزيل لكل شك ومتى وجد عند الاطفال أو الكهول شلل فى بعض أعصاب الجمجمة أو عضلات العين أو الوجه اعتبرت الاصابة فى قاعدة المخ وغيبوبة هذه التغيرات تدل على اصابة قمته ومتى وجد فالج تكون الاصابة فى قمة نصف المخ المقابل

(المعالجة) – تكون كبقية الالتهابات السحائية فتستعمل الوضعيات الجليدية على الرأس وبعض استفراغات دموية وتستعمل الحمامات الفاترة مع الصب على الراس بالماء البارد والدلكات الزئبقية ويستعمل من الباطن الزئبق الحلو فيعطى منه للاطفال ٣ سنتى الى ٥ سنتى فى كل ساعتين مرة وتعطى الملينات من الباطن ويودور البوتاسيوم ودلك الرأس بمرهم اليودوفورم وتستعمل المسكنات لتسكين الهيجان ومع ماذكر لا تفيد هذه الادوية شيأ فى معظم الاحوال وتستعمل الوسائط التحفظية لمنع الاصابة بهذا الداء

(المبحث الرابع فى الالتهاب السحائى الحاد غير التدرنى)

أسباب هذا الالتهاب المعتادة هى الاصابات البادية وتأثير الشمس وتسوس عظام الجمجمة واصابة الأذن الباطنة وهو يضاعف الحمرة والجدار والامتصاص الصديدى والحمى التيفودية والالتهاب الرئوى

(الاعراض والتشخيص) – يتميز هذا المرض عن الدرنى بغيبوبة اعراض الهجوم التى تشاهد عند الاطفال وبسيره المختلف تبعا للسبب الذى أحدثه فمثلا فى أحوال التشمس والتأثيرات البادية والجدارية تبتدئ المرض فجأة وظواهر التنبيه تكون واضحة وتبتدئ الحمى بقشعريرة وترتفع درجة حرارتها الى ٤٠ والالم الرأسى لا يطاق والقيء يتكرر والهذيان يكون مختلطا أحيانا وهيجانيا خصوصا اذا كان مجلس الالتهاب قبوة المخ وتكون الانقباضات شاغلة لبعض العضلات فاذا شغلت عضلات العين حصل الحول واذا شغلت عضلات المضغ حصل كزاز واذا شغلت عضلات الوجه حصلت حالة تبسم واذا شغلت القفا حصل انحناء الرأس الى الخلف واذا كانت فى البلعوم حصل عسر فى الازدراد واذا كانت فى العضلات المتوزعة فيها أعصاب الجمجمة دلت على اصابة سحايا قاعدة المخ ويحصل أيضا اضطراب فى النظر والتنفس وضربات القلب وصريخ شبيه بصريخ المصابين بالاستسقاء الدماغى والكوما وقد تشاهد جميع هذه الاعراض فى الالتهاب السحائى التابع للالتهاب الرئوى

(المعالجة) – تنحصر فى ازالة السبب واستعمال مضادات الالتهاب والوضعيات الجليدية على الرأس والمركبات الزئبقية واطلاق البطن

(الفصل الثانى فى أمراض جوهر المخ)

(المبحث الاول فى اضطراب الدورة المخية)

نتكلم هنا على احتقان المخ وأنيمياه فنقول

المخ عضو مكون من منسوج لطيف يتأثر من الاضطرابات التى تحصل فى الدورة ولو كانت خفيفة الا أن الخفيف منها لا يدرك ولذا نفرض أحيانا وجوده بغير علامات أكيدة كما فى الاحوال التى يحصل فيها ألم فى الرأس أو ضغط خفيف فيها أو دوار أو زيادة احساس عمومية فان ذلك ينسب الى اضطراب فى دورة المخ لكن لا يمكن تحقيق درجتها ولا طبيعتها الحقيقية

(الاسباب) — ينشأ الاحتقان المخى المتعدى من الحذار الحاد والتشمس والحركة الحيية التى تصحبه أو من وقوف سيلان دموى معتاد كالسيلان الباسورى والحيض أو من تأثير برد طويل المدة أو من تأثير المشروبات الروحية أو من وجود آفة مخية

وأما الاحتقان القاصر فيحصل من الاحوال التى ينشأ عنها عوق الدورة حالا أو بعد زمن ومن ضغط الجيوب المخية وضغط اوردة العنق وأورامه والحجاب المنصف ومن المجهودات المستطيلة ومن اصابة صمامات القلب

(الاعراض) — قد جعل (جاكود) للاحتقان المخى ثلاثة أشكال فالاول الخفيف وهو يتصف بألم فى الرأس وتنبضات الشرايين المخية والصدغية وباحتقان الوجه والاعين والثانى الخطر وهو يتصف بما ذكر أيضا مع ازدياد اضطراب المخ وحصول الارق والهيجان والهذيان وعند الشيوخ الذين هم عرضة للاحتقان يتصف بتصورات خرافية متبوعة بكوما وعند الاطفال يحصل تشنجات بدل الهذيان والشكل الثالث السكتى وهو يتصف بأعراض الشكل الخطر ويمكث يوما أو أياما ثم يزول ولا يبقى له أثر أو يخلفه فالج وقتى ويصحب أحيانا بتشنجات صرعية وقد يخلفه الاسكليروز اللطخى والشلل العمومى أو النازل النصفى

(التشخيص) — سهل بمعرفة أعراض الاشكال لكن يلزم تمييز الخفيف عن الخطر والسكتى عن السكتة المخيه بأعراض كل والاحتقان المخى ليس كثير الحصول كما كان يظن

(الانذار) — هذا المرض خطر فى الشكل السكتى أما الخطر فمن الجائز أن يحصل الموت فيه

وأما الخفيف فحميد

(المعالجة) — تنحصر فى الفصد الموضعى والعمومى والمسهلات والوضعيات الباردة على الرأس ومعالجة السبب الذى أحدثه

(وأما أنيميا المخ) — فتارة تصطحب مع الانيميا العمومية وأخرى تكون قاصرة على المخ ففى الحالة الاولى يكون للمخ فيها النصيب الاوفر وتنتج عن تغير فى كمية الدم أو طبيعته فالناتجة عن تغير كميته تنشأ من الانزفة المختلفة أو من خروج كمية كثيرة من مائية الدم أو من الانفعالات النفسية أو من الامراض العصبية والناتجة عن تغير فى طبيعة الدم تحصل فى الامراض الخطرة الطويلة المدة وفى الكاشكسيا

(الاعراض) — تختلف أعراض أنيميا المخ باختلاف السبب فاذا فقد الجسم كمية عظيمة من الدم حصل عند الشخص دوار واضطراب فى البصر وطنين فى الاذنين وبرودة فى الجسم وفقد فى الادراك وبهاتة فى الاطراف وصغر النبض وعدم انتظامه وبطء فى حركات التنفس وتشنج عمومى واغماء وكوما تميت أحيانا واذا حصلت الانيميا ببطء حصل دوار واحتقان وأرق وانحطاط فى القوى وتأثير زائد فى الحواس وضعف يكون عرضة للتهيج وأما فى الحالة الثانية وهى القاصرة على جزء من الدورة وتنتج من انسداد الاوعية بسدد أو بتغير فى منسوجها فسنشرحها بعد فى اللين المخى

(المعالجة) — اذا حصلت الانيميا من سرعة فقد الدم وجب استلقاء المريض على ظهره مع جعل رأسه منخفضا عن رجليه ويرش على وجهه ماء فاتر وتدلك الصدغان بخل أو بماء كولونيا وتعطى بعض منبهات من الباطن كالكونياك والشونبانيا

(المبحث الثانى فى النزيف المخى أو السكتة المخية)

(الاسباب) — فى سنة ١٨٦٠ بحث كل من شاركو وبوشار عن السبب فظهر لهما ان الانزفة المخية تنشأ عن القريسمات خنية متى تمزقت حصل نزيف دموى وقد تحقق ذلك بالمشاهدات ولذا يجب علينا البحث فى جدر الشرايين الصغيرة للوصول الى ذلك فان الاوعية حينئذ يبلغ قطرها مليمترا واحدا فأقل وتكتسب شكلا مغزليا والتغيرات التى شوهدت فى جدر هذه الاوعية محصورة فى استحالة شحمية او فى زيادة عدد الخلايا المكونة

للجدرثم يحصل ضمور فى الغشاء الباطن لجدران الاوعية وفى الطبقة العضلية ثم تحصل الانفريسما وحينئذ تقرب هذه الاستحالة من اسكليروز الشريان المعتاد او من الانسداد الشريانى وقد شوهد حصول الانفريسما عند المصابين باسكليروز شريانى عمومى ويحصل مثل ذلك فى المخ وكذا يجوز حصول السكتة بدون أن تسبق بانفريسما حقيقية

وتصيب السكتة المخية الاشخاص بعد مجاوزتهم خمسين سنة غالبا والرجال اكثر من النساء وكذا المدمنوا الخمر والمصابون بالزهرى والنقرس وتحصل ايضا بالوراثة اكثر من غيرها ونضيف الى ذلك استعداد بعض اشخاص لها وهم من قامتهم متوسطة وصدرهم متسع وعنقهم قصير ووجههم ممتلئ وكذا المفرطون من المآكل والمشروبات الروحية والمصابون بأنفيزيما رئوية وبضخامة فى القلب وبالاسكليروز الشريانى العمومى ومن الاسباب المتممة لهذا المرض الانفعالات النفسية الشديدة والمجهودات العضلية الشديدة أيضا والحمامات الباردة وكما أن هذا المرض يصيب دموى المزاج كذلك يصيب الاشخاص المستعدين للانزفة كما يشاهد ذلك فى اللوسيما والانيميا الخبيثة وفى الامراض النزيفية والعفنة والصدرية

(الاعراض والسير) ـ اعراض النزيف المخى الاكلينيكية ترتبط بقدر ما يوجد من التغيرات التشريحية فلا يوجد للانفريسما الدخنية اعراض واضحة ومن الجائز وجود ألم فى الرأس وظواهر أخرى خفيفة تنسب للاضطراب الذى يحصل فى الدورة وتكون سابقة لحصول السكتة المخية فاذا حصل تمزق فى أحد الانفريسما حصلت اعراض ما يعبر عنه بالسكتة المخية لان الدم يخرج من الوعاء بسبب الضغط الواقع عليه وجوهر المخ لا يقاومه وحينئذ كلما اتسع التمزق كلما كثر الدم وصارت الاعراض خطرة ونزيف الشرايين الكبيرة يصطحب بتغيرات أشد خطرا من نزيف الشرايين الصغيرة وفى الحالة الخطرة غزيرة الدم يقع المريض كأنه أصيب بصاعقة اما اذا كان التمزق صغيرا فان الدم لا يسيل الا شيأ فشيأ بكمية صغيرة ولا تظهر أعراض النزيف الا فيما بعد وهى تختلف باختلاف مجلسه كما انها تختلف بالنسبة لحصوله فجأة أو مسبوقا باعراض الهجوم التى تكون هنا نتيجة اضطراب وعائى ينشأ عنه تغير فى الاوعية الداخلة فى المخ وتلك الاعراض هى آلام فى الرأس ودوار وطنين فى الاذنين ورؤية ذباب طائر واحساس بتعب وضعف عقلى الخ وحينئذ يجوز أن

يحصل

يحصل نزيف بكمية قليلة تكون مقدمة لنزيف كثير وقد تتكرر عند المرضى نوب مماثلة لذلك حتى يحصل عوق فى التكلم وفى حركة طرف من الاطراف العلوية أو السفلية تكون مقدمة لحصول السكتة المخية بعد أيام أو جمع أو أشهر

وقد لا توجد اعراض الهجوم بل يحصل المرض فجأة فتهبط المرضى وهى متمتعة بصحة جيدة ظاهرا ومن ثم تسقط على الارض كأنها أصيبت بصدمة وقد تحصل السكتة بعد زوال أعراض الهجوم ببعض ساعات أو يوم وتسمى حينئذ بالسكتة الجرارة أو المتأخرة فتضطرب تصورات المرضى وتفزع وتهذو ويحصل لها أيضا تخيلات من جهة السمع ويخدل ذراع وساق احدى الجهتين ثم ينشل تدريجا وبعد ذلك تزول القوة العقلية ويتضح ذلك فى السكتة البطيئة وقد تحدث السكتة الموت فى زمن قريب بسبب وصولها الى النخاع المستطيل الذى منه تنشأ الاعصاب الدورية والتنفسية اللازمان للحياة ومن الاعراض احتقان الوجه غالبا وامتلاء النبض وبطؤه من تأثير الضغط الداخل فى الجمجمة والتنفس يكون شخيريا متقطعا بطيئا أحيانا وتهبط الخدان وترتخى الشفتان وتدخل عند الشهيق الى الداخل وتخرج عند الزفير الى الخارج وتنخفض الحرارة عادة فى الابتداء ثم ترتفع الى أن تصل الى الحالة الطبيعية أو أزيد ولا يبقى انخفاضها الا اذا قرب الموت وفى الحالة الخطرة يأخذ الرأس اتجاها مخصوصا وكذلك العينان فانهما تتجه الى نصف المخ المصاب كأنهما تنظر الى بورة السكتة وتترك خلفها الجزء المشلول من الجسم وأما الحدقات فلا تتغير هيئتها وانما تضيق أحيانا وتتمدد أخرى أو تكون غير مسامتة لبعضها وذلك لا يفيد شيأ فى التشخيص وعند وجود الكوما النزيفية تزول حركة الاطراف بالكلية واذا رفعت وتركت وقعت من نفسها وكذا يزل الفعل المنعكس فى الاحوال الخطرة وقد يوجد منه شئ قليل اذا وخزت الاطراف بجسم مدبب أو قرصت وتكون احدى زوايتى الفم منخفضة أكثر من الاخرى واحدى الشدقين ترتفع بهواء التنفس أكثر من الثانية وترتخى الاطراف وتنقل من جهة أكثر من الجهة المقابلة وحركة الطرف والفعل المنعكس يزولان من الجهة المشلولة

ومن المهم معرفته ان البول الذى ينفرز عقب السكتة يشتمل على قليل من الزلال والسكر ونسبوا هذه الحالة الى الضغط الذى يحصل ويصل الى النخاع المستطيل وأحيانا لا يحصل

التبول الارادى وذلك نتيجة انحباس البول وأحيانا أخرى يسيل بدون ادراك

وهناك حالة مخصوصة تبقى المرضى فيها بحالة الكوما السكتية ولا يحصل الموت معجلا الأن فقد الادراك يكون تاما والتنفس يكون سريعا غير منتظم ثم يصير بطيئا واللعاب والمخاط يتجه الى الحنجرة والشعب والنبض الذى كان فى الابتداء بطيئا يتواتر والوجه يبهت شيأ فشيأ والسحنة تتغير والاعين تغور فى الحجاج والقرنية تتعكر ثم يحصل الموت بعد كوما تستمر بعض ساعات مصحوبة بارتقاء الحرارة وقد يوجد لهذه الحالة استثناء اذ يجوز امتصاص البورة النزيفية وتناقص الاعراض المذكورة تدريجا فيعود الادراك شيأ فشيأ وتتكلم المرضى بتلعثم وتعرف من يجاورها ويندر ان يطرأ على هذا التحسين نوبة أخرى سكتية واذا حصلت تكون مميتة وهذه الحالة يقال لها السكتة الثقيلة ذات الشكل الخطر المخالف لما سبق ذكره

ثم ان البورة الدموية متى تكونت فى جزء من المخ أثرت فيه بتحصلها الدموى وارتشاح مائيته فى الانسجة المجاورة فتضغط على هذا الجزء وقت حصول السكتة وتمكث زمنا يختلف من أيام الى أشهر وينتج من ذلك الاعراض التى سبقت فاذا زالت تلك الاعراض فى بضعة ايام او اسابيع أو أشهر دل ذلك على انها كانت ناتجة من تأثير البورة على المخ بواسطة وان مكثت نصف سنة دل ذلك على حصولها من تأثير البورة مباشرة

(مجلس النزيف المخى) — يكون هذا النزيف عادة حول البطينات الجانبية للمخ ولذا نشاهد فيمن أصيب به ونجا شللا نصفيا فى الجهة المقابلة لمحل الاصابة فاذا تأملنا فى هذا الشلل عند ابتداء حصوله نجد فرقا واضحا بالنسبة للعصب الوجهى بين الجهة المريضة والسليمة خصوصا فى الجزء السفلى للوجهى المتوزع فى عضلات الخد والانف والفم وأما الجزء العلوى المتوزع فى الجبهة والعينين فيمكث بلا اصابة تقريبا فزاوية الفم من الجهة المشلولة تنخفض وتتضح علامات الشلل من حركات الوجه عند فعلها بالارادة أو بالضحك ويوجد أيضا بعض اضطراب فى العصب تحت اللسانى فتتجه قمته عند اخراجه الى الجهة المشلولة بسبب شلل احدى العضلتين الذقنيتين اللسانيتين ولا يوجد فى السكتة المخية العادية تغير فى اللسان واذا وجد يكون خفيفا فى نطقه ومن ذلك تحصل صعوبة فى مقاطع

الحروف وثقل فى الكلام ويندر اشتراك اللهاة فى شلل السكتة ولذا تتجه الغلصمة الى الجهة السليمة أو المشلولة لكن لا يحصل لها اضطراب عند تأدية وظيفتها وأما عضلات الجذع فلا يوجد الشلل فيها الا فى العضلة المربعة المعينية ويعرف ذلك بانخفاض الكتف من الجهة المشلولة ولا يمكن مساواته للجهة الاخرى واذا فعل المريض مجهودا للتنفس يحس بتأخير فى حركة تلك الجهة

ويوجد على الدوام زيادة تأثير الفعل المنعكس فى أحوال هذا النزيف فاذا قرع على الاوتار العضلية لطرف يرى حصول انقباضه كما يشاهد ذلك فى الساق مثلا عند قرع الوتر المرتبط بالرضفة والقصبة ويوجد أيضا فى السكتة القديمة التى اصطحبت بانقباضات زيادة فى خاصية الانقباضات الميخانيكية اللاواسطية للعضلات المشلولة فقرعها مباشرة يحدث انقباضات شديدة ناتجة أيضا من الفعل المنعكس

وبالجملة فالافعال المنعكسة الجلدية فى السكتة المخية هى ضد ما فى الفعل المنعكس الوترى فلذا تكون أقل تأثيرا فى الجهة المشلولة ففى الذراع مثلا لا يمكن تقريبا ايقاظ الفعل المنعكس الجلدى وكذلك فى الساق تكون ضعيفة عن الجهة السليمة وهذا الفرق يتضح فى البطن والرافعة للخصية لانها تكون ضعيفة فى الجهة المشلولة وطبيعية تقريبا فى الجهة السليمة وهذا الاختلاف يميز لنا أحيانا مجالس السكتة متى فقدت القوة العقلية وفى أغلب الاحوال لا تتغير الحساسية الا تغيرا ضعيفا والضعف الموجود فى الجلد يندر أن يتزايد بل قد يزول بالكلية واذا كثر اضطراب الاحساس دل ذلك على اشتراك الجزء الخلفى من المحفظة الباطنة فى المرض وجائز أن يحصل فى النظر قصر مستمر يصحب الفالج

والشلل الخفيف يزول فى أسابيع قليلة أما الشلل التام فى الفالج فلا تعود فيه الحركة الا ببطء ويقرب عود الحركة فى الساق اكثر منه فى الذراع اذ كثيرا ما شوهد أن المرضى تتوصل الى المشى بالاتكاء على عصاها ولا تستطيع أن تحرك ذراعها وحركة الطرف السفلى تعود بالتدريج غير مستوفاة كعادتها بل يرسم الطرف قوس دائرة أو نصفها حال المشى وقد فسروا حصول التحسين فى الحركة وقتيا وبقاء ما نقص منها زمنا بأن الشلل الذى تحسن بسرعة كان ناتجا من ضغط وقع على عناصره العصبية أو من أوزيما كانت موجودة ثم بزوالها

عادت الحركة وأما الشلل الذى تأخر تحسينه فهو ناتج من تيبد حصل فى جزء من المنسوج العصبى ثم التحم ولذلك يحتاج لزمن طويل وقد يشاهد بعد مدة حصول انقباضات فى الاعضاء المشلولة وشدتها فى الذراع أقوى منها فى الساق وتتصف بكونها تشغل العضلات القابضة وقد نسب (شاركو وبوشار) هذه الانقباضات الى استحالة ثانوية للسبيل الهرمى لانها تحصل غالبا فى الشلل المستمر وهذا الشلل ينشأ من تيبد حصل فى السبيل الهرمى الذى حصلت فيه الاستحالة الثانوية اذ بوجود هذه الاستحالة يحصل ضعف فى التأثير المنبه للجزء الذى وجدت فيه الاستحالة ولحصول الانقباضات يلزم تنبيه الاجزاء المصابة وهذا مخالف للرأى السابق وفى بعض الاحيان تكون هذه الانقباضات قوية عقب اليقظة وتزداد عند الحركات الاولى وهذه يقال لها الحركات المجتمعة وأحيانا أخرى تحصل حركات فى الاطراف السفلى عند المشلولين شبيهة بحركات المصاب بالرقص السنجى وذلك يشاهد عند اشتراك الجزء الخلفى من المحفظة الباطنة والاسرة البصرية ويضاف الى ذلك ما يحصل من استمرار الاستلقاء على الظهر من اصابة الجهة المشلولة بالاريتما أو بالتسلخات أو القروح وحصول خشكريشات فيها وما يحصل أيضا فى العضلات التى تمكث مدة بلا حركة من الضمور ويندر أن يحصل من التنبيه والارق الذى يوجد أحيانا اضطراب فى القوة العقلية حتى ان بعض المرضى يصير من البهل (العبط) وأما التغذية فتستمر مدة بحالة طبيعية ويحصل لبعض الاشخاص سمن

(التشخيص) – يعرف النزيف المخى بحصول السكتة مرة واحدة وظهور الاعراض التى ذكرت الا أنها لا تؤخذ فى التشخيص بطريقة مطلقة لوجود اعراض مشابهة لها فى سدد الاوعية الشعرية المخية وسنذكر تمييزهما عن بعضهما وعن أورام المخ ولينه الخ

(الانذار) – يتعلق بتكرار حصول السكتة وبشدة الاعراض وخفتها فكلما كانت الاعراض شديدة وفقد الادراك شديدا مستديما والتنفس والنبض غير كاف كلما قل أمل حصول الشفاء وبالجملة فالانذار الحقيقى لا يمكن الحكم به ولا يؤمل الشفاء الا اذا كان الشلل حاصلا من تأثير ضغط بواسطة أو بدونها

(المعالجة) – السكتة المخية تنحصر فى نظافة المريض ووضعه وضعا مناسبا بحيث يكون

الرأس مرتفعا وعليه مثانة مملوءة بالجليد خصوصا على الجهة التى يظن باصابتها وان يكون فراشه لينا حذرا من حصول الخشكريشات التى تحصل من ضغط الاستلقاء وأما الفصد فلا يفعل الا اذا وجد احتقان شديد فى الوجه ونبض شديد فى السباتى مع صلابته وبطئه أو كان الشخص دموى المزاج ففى هذه الاحوال يجوز فعل الفصد وينبغى استفراغ البطن بالحقن والمسهلات الشديدة واذا كان التنفس والنبض ضعيفين وجب استعمال المنبهات كالاتير والكافور الذى قد لا يحصل تأثير منه ومتى زالت السكتة تسكن حركات التهيج والارق بقليل من المورفين أو الكلورال وبعد ذلك يبتدأ بمعالجة الفالج والكهربائية أحسن علاج له انما يلزم الاحتراس فى استعمالها والعلم بمجلس السكتة وان يكون التيار ضعيفا وتأثيره من دقيقتين الى ثلاث ويستعمل التكبيس للعضلات المشلولة مع فعل الرياضة المنتظمة للاجزاء المشلولة ومن الادوية المستعملة من الظاهر دلك الالكؤل الكافورى وزيت الكلورفورم وروح الخردل فانها نافعة ومن الادوية المستعملة من الباطن يودور البوتاسيوم لان خاصيته تساعد على الامتصاص ويحسن تجربة مركبات الاستريكنين فى الاحوال المتعاصية عن الشفاء والحمامات المضاف اليها الملح والساخنة التى لا تزيد حرارتها عن ٢٦ أو ٢٧ ريومور ينفع استعمالها فى الاسبوع ثلاث مرات أو أربع وحمامات ولدباخ وراجوس وتبلتس وويسبادن ذات نفع أيضا والاحسن من هذه الحمامات ما كان ينبوعه باردا ويلزم فى الفالج المستطيل ان يستعمل كل هذه الوسائط متعاقبة حتى لا ييأس المريض وبالجملة يلزم اراحة جسم وعقل المريض وتجنب ما يحدث ضررا فى جسمه

(المبحث الثالث فى لين المخ)

(الاسباب والتشريح المرضى) – انسدادات شرايين المخ بالسدد هى الاسباب كثيرة الحصول وهذه السدد تأتى غالبا من أذين القلب اليسارى لانها تتكون على صمامات القلب اثناء سير التهاب غشائه الباطن وتلك الصمامات هى صمامات مترال وصمامات الاورطا ومن الاسباب تغير جدر الشرايين تغيرا مزمنا كتغير الشرايين الكبيرة ومتى كان التغير الشريانى فى شرايين المخ خصوصا شرايين قاعدته الغليظة تكون سدد تسرى فى الشرايين

المخيـة قليلة الاتساع فانه متى حصل تغير فى شريان تتكون متحصلات على سطحه الباطن وتقل مرونة جـدرانه وحينئذ يقل فراغه وتنفصل منه هـذه المتحصلات وتكون سددا ومن الاسباب أيضا التهاب الغشاء الباطن الزهرى للقلب فمتى حصل انسداد فى وعاء شعرى أو جملة أوعية حصل عوق فى الدورة الشريانية ومن ذلك تقل تغذية الجوهر المخى الذى تتوزع فيه هذه الشرايين المنسدة ولذا يقع فى الاضمحلال واللين ثم ان شرايين سلڤيوس وفروعها هى التى تكثر اصابتها من شرايين المخ واليسارى أكثر اصابة من اليمينى فعلم من ذلك انه متى حصل انسداد فى أوعية جزء اضطربت تغذيته وحصل اللين وحينئذ يجوز ارتشاح بعض مواد ملونة من الدم فى الجزء اللين كما يجوز حصول بعض نقط نزيفية صغيرة من الجوهر اللين الا أنها لا تصل لدرجة نزيف وعلى حسب وجود هذه المادة الملونة كثيرة كانت او قليلة وعدم وجودها يكتسب الجزء اللين لونا أحمر (اللين الاحمر) أو أصفر (اللين الاصفر) أو لا يتلون (اللين الابيض)

ولو نظرنا للجزء اللين بالمنظار المعظم لوجدنا انه مكون من نقط من النيلين ومن ألياف عصبية منتفخة متقطعـة وخـلايا ذات نوايات دهنيـة فاذا اتمت الدورة بواسطة التفممات الدائرية للاوعية فى مدة يوم أو يومين زال ما حدث من التغيرات المخيـة والا تم حصول اللين وحينئذ يجوز حصول امتصاص جزء منـه وتكيس ما بقى أو امتصاصـه أيضا وتكون أثرة التحام منسوجها ليفية خلوية ذات قوام تشبه المنسوج الضام

(الاعراض والسير) ـ انسداد أوعية المخ يحدث أعراضا شبيهة بأعراض النزيف المخى الا انه لا تحصل هنا فجأة كما فى النزيف المخى بل تكون تدريجية ولذا لا يلزم ذكرها ثانيا انما اللين تارة يكون خفيفا وحينئـذ يصطحب بطنين ودوار وتارة يكون شـديدا وحينئـذ يصطحب بكوما غائرة مسـتديمة وهـذا الحالة تتعلق بكبر الشرايين وصغرها فالموت يحصل بسرعـة فى اصابة الشرايين الكبيرة وبالعكس فى اصابة الصغيرة وقد تنتقل الحالة الخفيفة الى شـديدة بسبب اتساع الانسـداد شيأ فشيأ وحيث ان الانسداد يكون غالبا فى شريان سلڤيوس الذى يغـذى المحفظة الباطنة وعقـدة الساق المخى فالفالج الذى ذكر فى النزيف يحصل هنا أيضا وتصطحب اعراضه بالصمم

(التشخيص) ـ لكون هذا المرض يشتبه بالنزيف المخى فى أغلب الاحوال يصعب تمييزه عنه ويمكن أن يحصل تمييزه فى بعض الاحوال وهى اذا تيسر الوقوف على انسداد يتمكن عليه عنـد وجود تغير فى القلب أو فى شريان بعيد عن المخ كتغير فى صمام مترال أو فى وعاء آخر فان هذا يدل على وصول السدد لشرايين المخ وكذا سن الشيبية يميل الى حصول الانسداد وأما سن الشيخوخـة فيحصل فيـه المرضان ويساعد على تشخيص النزيف وجود مرض عند شخص دموى المزاج مع الاحتقان فى الوجـه وشدة ضربات السباتيين وبطء النبض ويساعد على وصول السدد الى المخ وجودها فى أعضاء أخرى كما يحصل فى قاع العين الذى يمكن رؤيته بالمنظار العينى ويلزمنا أن نعرف أن اللين والنزيف قد يحصل من وجود بعض أورام أو من تمزق خراجات بطيئة السـير والانسداد تسهل معرفته عند من كان مصابا بالزهرى وأما اللين الشيخوخى الذى يحصـل من الاسكليروز الشريانى العام لكثير من الشرايين ويسير سيرا تدريجيا ويحصـل منه اضطرابات مخية تصل الى خسافة العقل فهذا سهل المعرفة أيضا

(المعالجة) ـ تكون هنا عين ما فى النزيف المخى انما يستعاض الفصد بالمنبهات واذا كان الشخص زهرى البنية لزم استعمال الادوية المضادة للزهرى كما ذكرنا

(المبحث الرابـع فى التهاب المخ)

(وهو قسمان تقيحى وحاد أو مزمن)

فالاول وهو الالتهاب التقيحى المعروف بخراج المخ يكون سببه غالبا الجواهر العفنـة التى تصل الى المخ وتحدث تقيحه كما يشاهد ذلك فى التغيرات البادية لفروة الرأس وعظام الجمجمة وجوهر المخ نفسه ففى هذه الاحوال توجد جروح تحـدث الظواهر الالتهابيـة وليس من الضرورى وجود جروح عظمية أو ان العظام تكون مصابة لان التجربة أبانت ان الجروح المحـدودة على الاجزاء الرخوة يمكنها أن تنقل القيح الى المخ من العلبة الجمجميـة ومن ذلك يحصل التهاب سحائى أو خراج فى المخ أو الاثنين معا ويجوز أن يحصـل ذلك من دخول جسم غريب فى الحجاج الى المخ ومن الاسباب تسوس عظم الأذن المتوسـطة وعظم الصخرة والامتصاص الصـديدى والتهاب الغشاء البـاطن التقرحى والامراض القيحيـة للرئة

والبليورة وغنغرينا الرئة وفى بعض الاحوال لايمكن اكتشاف السبب الذى أحدث الالتهاب المخى وهذا ما أوجب تسمية هذه الاحوال بالخراجات المخية الذاتية

(الاعراض والسير) — خراجات المخ صغيرة كانت أو كبيرة يجوز ان توجد بكيفية بطيئة بدون أن تصطحب أحيانا بأعراض محسوسة وهذا يشاهد فى أحوال الخراجات الذاتية أو فى اثناء سير مرضى بطئ أو جرح خفيف فى الرأس أو من اصابة الاذن المتوسطة اصابة مزمنة وأما اعراض الخراجات الحادة التى تعقب الجروح الخطرة للمخ فتكون شديدة من ابتدائها وحينئذ يصعب تمييزها عن اعراض الالتهاب السحائى الحاد فالمرضى تهذو وتثبت وتتألم من الرأس ويطرأ عليها نوب حمية ويزداد تنبيهها شيأ فشيأ فى مسافات قريبة من بعضها وحينئذ يحصل الموت قريبا وينذر انتقال هذه الحالة الحادة الى المزمنة

وأما اعراض الالتهابات المخية المزمنة فتنقسم الى موضعية وعمومية فالموضعية تتعلق بمجلس بورة الخراج ويجوز ان توجد علامات البورة وتمكث مدة بدون ظهور ذلك واذا كانت الخراجات شاغلة لجزء من المخ لا يتأتى عنها اعراض محسوسة مثل الكتلة النخاعية للفصين الجبهيين وفصى المخيخ النصف كرويين وأما العمومية فتعد من أهمها ألم الرأس المتعاصى الغائر الدائم الذى يكون بمفرده أحيانا عرضا لهذا المرض ومجلسه يختلف بالنسبة لمجلس الخراج ونضيف الى ذلك الدوار والقيء الذى يحصل عقب الاكل أو بدونه ويصاحب ذلك حمى ذات سير غير منتظم واذا كان الخراج غير متكيس يمكن عدم وجود تلك الحمى ويقل وجود أوزيما الحلمة العصبية فى الخراجات عن وجود أورام المخ ومن الاعراض أيضا ضعف المرضى ونحافتها واذا اشغلت البورة القيحية الجزء المحرك القشرى للمخ حصلت نوب صرعية الشكل محدودة وشلل محدود أيضا ومن العلامات المميزة لخراج الكبد الذى يمتد فى جوهر المخ حصول شلل ينتقل بالتعاقب من جهة الى أخرى ويكون مسبوقا بنوب صرعية الشكل

(المدة والانتهاء) — مدة خراجات المخ تختلف من أشهر الى سنين وقد يحصل فى اثناء هذه المدة زيادة فى الاعراض وقد يمكث المريض مدة بدون ظهور عرض وانتهاء المرض غالبا محزن والشفاء نادر وأحيانا ينتهى الخراج بالانفجار فى المخ وقد شاهدت انفجاره وخروج

قيحه من الاذن قرب حصول الموت

(التشريح المرضى) — خراجات المخ تشبه خراجات الاعضاء الاخرى وحجمها يختلف من حجم البسلة الى حجم يشغل معظم نصف المخ وقد تكون منفردة أو متعددة وقيحها يكون لونه فى الغالب أخضر مصفرا عديم الرائحة أو نتنا مشتملا على ندف من المخ أو خاليا عنها وعلى كرات حمراء محاطة بغلاف محدد للخراج وتكون الاجزاء المجاورة له شاملة لخلايا ذات حبوب وتكون تقرحات المخ مسطحة فى النصفين الكرويين له وتلتهب السحايا اذا كان الخراج مجاورا لها وقد يثخن القيح ويصغر حجم الخراج ولكن لا يمتص بالكلية

(التشخيص) — قد يكون تشخيص هذا المرض سهلا وفى الغالب يحاط بصعوبات لا يمكن معها الحكم به قطعيا والعلامات الرئيسة له هى أولا الوصول الى معرفة سببه كسبب بادو التهاب الاذن المزمن والامتصاص العفن للرئتين والامتصاص الصديدى وثانيا وجود اعراض عمومية من جهة المخ كألم الرأس والدوار والقيء الذى يوجد أحيانا ويتكرر اخرى ولاجل تمييز الخراج عن الورم المخى تتذكر ان الخراج يصطحب غالبا بالحمى وان أوزيما حلمة العصب البصرى تكون نادرة فى الخراج وكثيرة فى اورام المخ واما الاضطراب الذى يوجد فى اعصاب قاعدة الجمجمة كشلل عضلات العين فيشاهد فى الاورام كثيرا وفى الخراج نادرا واما مجلس الآفة فيكون فى الاثنين واحدا تقريبا واما تمييز خراج المخ عن الالتهاب السحائى التقيحى فتعذر

(المعالجة) — الواسطة الوحيدة لمعالجة خراج المخ هى فتحه بعد عملية ثقب الجمجمة ولا تفعل هذه الواسطة الا فى أحوال نادرة وهى التى يتحقق فيها من وجود الخراج ومن مجلسه وتستعمل حينئذ الجواهر المضادة للعفونة لاجل منع الضرر وهذا أمر يتعلق بالجراحة وفى الاحوال التى لا يمكن فيها فعل العملية الجراحية تستعمل المعالجة العرضية فيوضع الجليد على الرأس وتستعمل المسكنات وبرومور البوتاسيوم وفى بعض الاحيان تلزم استفراغات دموية موضعية وتتخذ الوسائط الصحية الأخرى وقد استعملت الكهربائية هنا أيضا

(الثانى الالتهاب المخى الحاد والمزمن غير التقيحى)

فى الزمن السابق كان يظن ان هذا المرض كثير الحصول نظرا لاشتباهه بلين المخ وفى الواقع انه

نادر أندر من حصول التهاب النخاع

فالحاد منه قسمان أصلى وتابعى فالتابعى يحصل عقب سبب باد أو اصابة الاعضاء المجاورة كالحجاج وعظم الصخرة والجمجمة والسحايا ويحصل أيضا فى اثناء بعض الامراض العمومية كالتيفوس والسقاوى والامراض النفاسية ويسبق باضطراب احتقانى كألم فى الرأس وفى العين ويصطحب بحمى وهذيان وانقباضات عضلية يعقبها ارتخاء فيها أو شلل فى العواصر وكوما ثم يحصل الموت ويجوز أن ينتهى بخمود محدود فى المخ

وأما الالتهاب المخى المزمن المعروف بالاستحالة المخية (اسكليروز) فيشاهد فيه أن كل المخ أو نصفه أو جزأ منه حصل فيه متانة القوام حتى انه عند قطعه تظهر متانة الجلد واذا بحث عنه بالميكروسكوب يرى فى معظم الاحوال تزايد منتشر فى المنسوج الضام وقد يشاهد زوال الالياف العصبية للجوهر الابيض واعراضه تختلف فيشاهد شلل فالجى بدون اضطراب فى الاحساس وظواهر تنبيه فى الحركة تارة تشبه نوبة الصرع وتارة تشبه نوبة الجنون وتكون الاطراف السفلى مجلسا للتشنجات عظيمة وقد شوهد هذا الداء عند الاطفال والكهول ويجوز أن المشروبات الروحية تؤثر فى حصوله

وأما الالتهاب المخى الحاد عند الاطفال المعروف بالشلل المخى للاطفال فلكونه يصطحب بأعراض شلل فالجى يستحق شرحا مخصوصا ولذا نشرحه فنقول

هو يصيب الاطفال وعمرهم من سنة الى أربع فيصاب الطفل وهو فى حالة الصحة بملل وحمى وتهوع وقىء تعقبه أعراض عمومية مخية خطرة كشبات وتقلص وتمكث هذه الحالة يوما أو اثنين وقد تبقى أسبوعا أو اثنين أو ثلاثة وقد تخف الاعراض فى أثنائها وبعد مضى هذه المدة تقف الاعراض الحادة وتعود الاطفال تدريجيا الى حالة أحسن مما سبق وترى أهاليهم أن الشلل يتناقص شيأ فشيأ الا أنه لا يزول بالكلية الا نادرا واذا بحثنا بعد مضى زمن طويل عن هذا الشلل الذى أصاب الاطفال نرى أعصاب الجمجمة غير مشتركة فيه الا بدرجة خفيفة وفى الغالب لا يصيب الا جهة فقط واصابته للطرف العلوى أكثر من اصابته للطرف السفلى وحينئذ يتأخر نمو الاعضاء المصابة وتبطؤ حركتها ويزيد الفعل المنعكس الوترى لها وتحصل فيها انقباضات وتضمر عضلاتها ضمورا خفيفا بدون أن يحصل

فيها استحالة ويكون الاحساس طبيعيا عادة وتشاهد زيادة تنبيه الحركة فى الجهة المصابة وفى الغالب تكون هذه الحركة شبيهة بالرقص السنجى وفى بعض الاحوال تكون حركات مجتمعة ولذا نرى هؤلاء الاطفال عند مشيهم كأن اطرافهم العليا تفعل حركات مخصوصة فى الهواء والحركات التقلصية التى تكون فى الاصابع تنحصر فى حركة انقباض وانبساط حتى ان حركة انبساطها تثنى الاصبع الى الخلف أحيانا وتكسبه هيئة زاوية قائمة بل تزيد عن ذلك حتى ان طرف الاصبع يصل الى ظهر اليد وفى أغلب الاحوال تصير هذه الاطفال عرضة للصرع وحينئذ تتألم من الانقباضات العضلية التى تصيب الجهة المشلولة عادة ثم تنتشر بعد ذلك فى جميع الجسم والقوة العقلية تكون طبيعية عند الكثير من هؤلاء الاطفال وقد يحصل عند بعضهم عبط أو اختلال

(التشخيص والسير) — اذا اعتبرنا الالتهاب الحاد الذى يصيب الجزء القشرى المحرك للمخ وأحيانا العقد المركزية اشتبه علينا نظرا لهذا المركز بالالتهاب النخاعى الحاد عند الاطفال ولا يتميز عنه الا بمجلس الالتهاب لان سيرهما واحد تقريبا بل لا يتميزان عن بعضهما الا بعد ظهور الفالج المنسوب لاصابة المخ وكذا ببقاء خاصية الانقباض الكهربائى وبزيادة الفعل المنعكس الوترى وقد تظهر بعض أعراض تشبه أعراض الامراض العفنة الحادة كالحصبة والقرمزية عند الاطفال ولا يصح الحكم بأن كل فالج أصاب الاطفال يكون ناتجا عن التهاب مخى حاد بل قد يكون ناشئا عن لين سددى وان كان نادرا أو عن نزيف ويعرفان بأعراضهما

(التشريح المرضى) — لم يظهر لنا التشريح شيأ فى الاحوال الحادة وأما فى المزمنة فقد شوهد ضمور ندبى متسع فى الجزء المصاب من المخ فاذا كان مجاورا للسحايا نراها سميكة وفيها أكياس محدودة ويوجد على مسير الاهرام استحالة نازلة تابعية ولذا تكون التغيرات التشريحية هنا مشابهة لضمور القرون المقدمة الذى يشاهد فى الالتهاب النخاعى المتعدد

(المعالجة) — يستعمل فى الابتداء مضادات الالتهاب ثم يعالج الشلل بالكهربائية وبالتكبيس وبالدلك البارد ويعطى برومور البوتاسيوم لاجل مقاومة الانقباضات والنوب الصرعية

(المبحث الخامس فى أورام المخ)

الاسباب الحقيقية لتولد هذه الاورام ليست معروفة مثل معرفتها فى أورام الاعضاء الأخرى وفى الغالب ان هذه المتحصلات الجنينية تتكون بطريقة غير محسوسة عند أشخاص ذوى صحة جيدة بدون أن تنسب لاى سبب معروف ثم توجد حالة تستحق الذكر وهى التى يظهر فيها بعض أعراض عقب تأثير سبب بادوقع على الرأس أو بعده بزمن ولكن حينئذ لا يمكن تمييز اعراض المرض الاصلى الحاصل من السبب البادى عن اعراض مايعقبه من الورم ثم ان أغلب أورام المخ تصيب الاشخاص المتقدمين فى السن والرجال أكثر من النساء وقد تصيب الاطفال خصوصا الدرن الوحيد فانه يكثر عندهم وهذه الاورام تنقسم الى أنواع

(الأول) – الاورام الخلوية (جيليوم) وهى ترتبط بالمنسوج العصبى المركزى وتنمو فى المنسوج العصبى الدماغى أكثر من نموها فى منسوج النخاع الشوكى ويبتدئ تكوينها دائما فى المنسوج الخلوى المغلف للجوهر العصبى الحقيقى واذا بحثنا عن هذه الاورام بواسطة الميكروسكوب نجدها مكونة من ألياف وخلايا شبيهة بالطبيعية وأما الالياف فمعظمها يتكون من استطالات خلوية ولم يثبت الى الآن ان الخلايا العقدية تشترك فى هذا التكوين الجديد كما قال كلبس وهناك وصف مميز للجيليوم وهو ندرة تكونه من ورم محدود بل ينبت عادة فى المنسوج الصحيح وفى آن واحد يزداد الجزء المصاب بهذا الورم حجما حالة كونه حافظا الشكله واذا قطع الجزء الوارم رؤى على سطح القطع انه ذو لون سنجابى أو مائل الى الحمرة وهذه الاورام تكون رخوة عادة ووعائية فى معظم الاحوال ووعائيتها ليست مهمة فى الصفة الاكلينيكية ويوجد هذه الاورام كثيرا فى الجوهر النخاعى لنصفى المخ ونادرا فى العقد العصبية أوفى المخيخ ويوجد منها عادة ورم يندر أن يكون متعددا

(الثانى) – الاورام الجنينية (ساركوم) فتوجد الاشكال المختلفة منها دائما فى المنسوج الخلوى المجاور لجوهر المخ كما فى الام الجافية وسمحاق عظام الجمجمة وعظامها نفسها وتوجد بالاكثر فى القاعدة وتكون عقدة محدودة ذات قوام متين أولين فتنشأ عنها أعراض خطرة متى ضغطت على مايجاورها وبالنسبة تركيبها يتميز منها أورام مكونة من خلايا مستديرة

وأخرى مكونة من ألياف الخ

(الثالث) – الاورام الصمغية والدرنة الوحيدة هذه الاورام تتواجد فى المخ والنوع الاول منها يرتبط بالزهرى المخى وأما الثانى فحجمه يصل لحجم الكريز أو أزيد ويوجد منه واحد فقط أو جملة ويشاهد كثيرا فى الطبقة القشرية للمخ وفى المخيخ وفى الحدبة المخية واذا قطعت هذه الاورام سواء كانت درنية أو صمغية يرى أنها محدودة ذات لون أصفر جبنى ومكونة من منسوج حبيبى ويتميزان عن بعضهما بأن المنسوج الدرنى يشتمل على باسيل درنى والثانى على باسيل زهرى وهذا يقطع كل شك

(الرابع) – الاورام السرطانية هذه الاورام ذات صفات اكلينيكية مهمة وتكونها الجديد فى المخ لايكون الا ثانويا أى تبعا لسرطان الثدى أو الرئتين أو البليورا كما تتكون أيضا خراج المخ تابعا لتقيح البليورا او غنغرينا الرئة الخ

(الخامس) – الاورام الجيرية (بساموم) هذه الاورام نادرة وتتكون عادة فى أغشية السحايا بهيئة أورام صغيرة ولذا لايدرك لها اعراض ولكونها ترتشح بأملاح جيرية يحس بخشونة عند قطع الجزء المصاب بها ويضاف الى ذلك بعض أورام دهنية

(الأعراض) – الاورام المخية تتصف كغيرها من أورام المخ ذات البورة بعلامات موضعية تختلف باختلاف مجلسها وامتداد تأثيرها واتلافها اجزاء من المخ وتتصف أيضا بأعراض عمومية مخصوصة تتعلق بالضغط

فالموضعية تنشأ من ضغط الاورام فاذا بحثنا عن مخ به ورم نرى انه بالضغط عليه تفرطحت تعاريجه ولم يبق بها ميازيب الام الجافية واندفعت الى عظام الجمجمة وقد ترق أو تنثقب من الضغط وأحيانا تسمك من الالتهاب المزمن الذى اعتراها وقد يضغط الورم على قبوة الجمجمة فترق حتى تصير كالصفيحة ويمكن أن تنثقب أو تتباعد عن بعضها وقد يضغط الورم من جهة أخرى على جذع وريدى مخى ومن ذلك يحصل عوق فى الدم وارتشاح مصله فينشأ عن ذلك استسقاء البطينات الذى يشاهد كثيرا فى أورام المخ واذا كان مجلس الورم فى الحفرة المؤخرية حصل الضغط على الاوردة الباطنية المشتركة للمخ المعروفة بوريد جاليان وأما الاعراض العمومية الاكلينيكية التى تحصل من ضغط هذه الاورام فكثيرة منها ألم

الرأس الذى هو أكثر وجودا من أول الورم ويستمر عادة وأحيانا يحصل فيه ثوران ويتصف بكونه غائرا قويا مدوخا للمريض وهو يشغل الرأس كله أو يكون قاصرا على الجهة التى فيها الورم ولذلك يكون الالم العصبى قاصرا على القسم المؤخرى اذا كان الورم فيه واذا قرع على الجمجمة أحس المريض باحساس مخصوص زائد فى جزء منها الا أن هذا لا يكون كافيا فى اثبات ان الورم موجود فى باطنها وفى بعض الاحيان توجه المرضى يديها الى جهة الورم

ومنها أعراض الحواس والاعراض العقلية فتكتسب السحنة هيئة مخصوصة يظهر منها ان الشخص بليد وانه يتلعثم فى كلامه ولا ينطق بما يريد الا بعد ان يفكر فيه مدة وتضعف القوة المذكرة ولا تشتغل المرضى بما يحاط بها ولا بما يفيدها فائدة ويغلب عليها النعس والحالة البهيمية وتهمل فى نفسها وبالجملة فالحالات ليست مثل بعضها اذ البعض لا يوجد فيه هذه الاعراض واذا ازداد ضغط الاورام بغتة بسبب الاحتقان الدموى أو نزول دم فى باطن الورم الخ حصل اغماء ونوبة شبيهة بالنوبة السكتية

ومنها الدوار وبطء النبض والقيء أما الدوار فتسلطنه يدل على ان الورم فى المخيخ وأما بطء النبض فيدل على حصول نزيف فى نفس الورم وزيادة ضغطه فيكون فى الدقيقة ما بين ٦٠ و ٥٠ نبضة وقد ينزل أكثر من ذلك وفى بعض الاحيان يكون غير منتظم وأما القيء فهو عرض أولى فى هذا المرض ومتعب للمرضى ويحصل صباحا وفى غير أوقات الطعام ويصطحب احيانا بالدوار

ومنها التشنجات الصرعية فانها كثيرة الحصول فى الاورام المخية ويوجد فى أحوال أخرى أيضا وتنشأ هنا من اصابة الطبقة القشرية للنصفين الكرويين للمخ وليست هذه التشنجات عمومية فقط بل تكون كثيرا شاغلة لنصف الجسم أو لجزء منه وبها نستدل على مجلس الورم بوجه التقريب ويجوز أن تبدو فى جهة من الجسم وتمتد الى ما بقى منه فكونها موضعية أكثر من كونها عمومية

ومنها أوزيما الحلمة العصبية للعين وهى عرض مهم فى هذه الامراض ويجب على كل طبيب ان لا يهمل فى البحث عليها بواسطة المنظار العينى اثناء امراض المخ المزمن بقطع النظر عن عدم الاتفاق الواقع فى معرفة الكيفية التى تحصل بها اذ يحتمل انها تنشأ عن سبب ميخانيكى

حاصل من ضغط داخل الجمجمة لان (جريف) رأى ان بزيادة هذا الضغط تتعوق دورة الوريد المركزى للشبكية وحينئذ تمتنع انصباب دمه فى الجيب الجوف المستقيم وبعضهم يذكر ان سببها زيادة الضغط المخى على السائل المخى الشوكى فيتجه فى الغمد الليفاوى للعصب العينى وهذه الاوزيما تحدث اضطرابا فى النظر كضعفه أو فقده فيجب علينا معرفة حفظ البصر مدة ولو بعد استكشاف الأوزيما الحلمية بواسطة المنظار العينى اذ به نجد الحلمة منتفخة والاوردة ممتدة ومتعرجة وأحيانا بعض أنزفة ناتجة من ركود الدم واضطرابا فى شفافية الحلمة أما شفافية الشبكية فتبقى محفوظة ولا يزول الابصار الا بعد ركود السوائل المذكورة مدة وبذا يحصل اضطراب فى تغذية العصب البصرى وضموره

ومنها نحافة البنية وضعفها وذلك من قلة التغذية ومن تكرار القيء ومن قلة النوم ومن تأثير الاورام المخية على تغذية الجسم ونضيف الى ذلك الامساك المتعاصى الذى يشاهد أحيانا عند هؤلاء المرضى

(مجلس أورام المخ) — متى وجدت الاعراض المذكورة دلت على وجود ورم فى المخ لكنها لا تدل على مجلسه الحقيقى فان الاورام التى تشغل الورم الابيض للفصين الجبهيين والاجسام المضلعة الخ لا يتيسر الاستدلال على مجلسها الحقيقى لانه ينشأ عنها اعراض عمومية من جهة المخ بل يكون الاستدلال تقريبيا أما مجلس أورام أحد النصفين الكرويين للمخ فيعرف بحدوث الفالج وبعض أعراض الفالج ينسب الى أعراض لا واسطية واعراض واسطية فيتصف غالبا بظواهر متعاقبة تبتدئ بشلل فى العصب الوجهى ثم بشلل الذراع ثم بالساق وتصطحب هذه الانواع بتشنج قاصر على طرف أو نصف جسم وأحيانا يمتد الى بقية الجسم كما ذكرنا وكذا من حصول فقد احساس نصفى يعرف ان الجزء الجدارى من المخ والجزء الخلفى من المحفظة الداخلة مصابان ومن حصول نصف قصر فى نظر العينين يعرف ان أحد الفصين المؤخرين مضغوط ومن حصول البكم يعرف ان محيط الفص اليسارى مشترك فى الاصابة

وأما أورام قاعدة المخ فتعد من الاورام كثيرة الحصول ذات الاعراض الموضعية وهى الاورام الجنينية والاورام الزهرية والالتهاب السحاقى الزهرى وبعض أورام منها

تبتدئ بأغشية المخ خصوصا الام الجافية وبعض آخر ينشأ من قاعدة المخ مباشرة

وأما معرفة مجلس هذه الاورام بالدقة من حيثية العلامات الاكلينيكية فليست ذات أهمية كبيرة لان ارتباط اجزاء المخ فى هذا الموضع ببعضها لا توجب اختلافا اكلينيكيا من حيثية الاعراض والتشخيص على العموم وتلك الاورام تؤثر على أعصاب القاعدة لان الورم يضغط على العصب مباشرة أو بواسطة فينتج من ذلك شلل يختلف باختلاف اصابة العصب كشلل العصب المحرك العام للمقلة وعصب العضلة الوحشية لها وهو يكون قاصرا فى الابتداء على جهة ثم يصيب الجهتين والضغط اذا وقع على الشريط البصرى أحدث قصرا فى النظر واذا وقع على العصب البصرى أحدث أوزيما فى نصف الحلمة البصرية واضطرابا فى النظر من جهة واحدة وتتميز أورام الغدة النخامية بحصول اعراض ترتبط بالعصبين البصريين وأما ضغط التوأمى الثلاثى فينشأ عنه أحيانا اضطراب فى حساسية الوجه وأحيانا شلل فى العضلات المضغية وقد يشترك شللها مع العصب الوجهى أيضا وهذا الشلل يدل على أنه دائرى كما يدل على ذلك أيضا تأثير الكهربائية وكونه مصطحبا بشلل فى عضلات الجبهة وشلل العصب تحت اللسان يشاهد نادرا فى أورام المخ وهذه الاعراض التى ذكرت فى أورام قاعدة المخ توجد مع شلل الاطراف اذا اشتركت انخاذ المخ والمسالك الهرمية فى الاصابة ولا يمكننا ان نشرح الانواع المختلفة لاورام قاعدة المخ مع اعراضها المتعددة كلا منها على حدته لاشتراكها ببعضها ولا نتوصل الى ذلك الا بوجه التقريب لان التشخيص يشتبه ببعضه

وأما أعراض أورام المخيخ فهى المشى بقنزحة ودوار وألم فى الرأس جهة المؤخر مصطحب بتيبس فى القفا وقىء واضطراب فى النظر وأوزيما فى الحلمة البصرية وله أعراض أخرى تأتى من اصابة اعضاء الحس كالعصب السمعى والشمى

(سير أورام المخ على العموم ومدتها) — سير هذه الاورام مزمن عادة وفى بعض الاحوال يكون مبدأها وسيرها حادا وقد تصير الحالة الحادة مزمنة دفعة واحدة وتصطحب باعراض خطرة عقب انسكاب دموى يحصل فى سمكها أو بسبب آخر مشابه لذلك ومتى تكون الورم شيأ فشيأ ظهرت الاعراض الموضعية والعمومية المذكورة آنفا لكن الظواهر المرضية هنا

عرضة لتغيرات كثيرة تبعا لاحوال ضغط الورم على الاعضاء المجاورة

وأما مدة هذه الاورام فتختلف من أشهر الى سنة أو سنتين أو أكثر وانتهاؤها محزن عادة والموت يحصل اما فجأة أو عقب حصول العمى أو النهاكة المستطيلة أو التألم الذى يستتر بالتغيرات العضلية التى تطرأ على المريض ولا تنتهى هذه الاورام بالشفاء الا فى أحوال الاورام الزهرية ويجوز فى ورم الدرنة الوحيدة لكن لم يثبت ذلك

(التشخيص) — يعلم التشخيص بالاعراض التى ذكرت وتعاقبها بدرجات الثقل مع ازدياد الاعراض العمومية كألم الرأس والدوار والقىء والتشنج وضعف القوى العقلية الخ فألم الرأس الذى هو أكثر وجودا واستمرارا يدل على اصابة المخ اصابة مزمنة والورم هو الاكثر حصولا سواء كان خراجا أو ورما زهريا والاوزيما الحلمية فى الاورام المخية أكثر حصولا منها فى لين المخ وخراجه وأما الاعراض الموضعية أو أعراض البورة فتعين لنا مجلس الاصابة تعيينا تقريبيا ومن الوسائط التى تعين على التشخيص معرفة السبب وتمييز الاورام المخية عن لين المخ الالتهابى أو السددى ذى السير البطئ بكون الاعراض العمومية فى اللين أقل شدة منها فى الاورام المخية ولا توجد فيه أوزيما الحلمة الا بوجه استثنائى وقد يشتبه أحيانا الفعل الاستحالى للاوعية (اسكليروز) بأورام المخ لكنه يتميز بان أوزيما الحلمة لا توجد فى الاسكليروز فضلا عن ان سيره بطئ جدا لانه يمكث من خمس سنين الى عشر وبورات الاصابة فيه كثيرة وينشأ عنها أعراض مختلفة أما أورام المخ فلا تتكون فيه الا بورة واحدة ويتعذر علينا تمييز ورم المخ عن بعض التهاب سحائى مزمن محدود وهو النادر الذى يكون مجلسه قاعدة المخ لانه يحدث السماكة فى جسم منسوج غلافات المخ وينتج عن ذلك أعراض مشابهة لاعراض أورام قاعدة المخ ويشتبه أيضا ورم المخ بالاستسقاء المخى المزمن

وأما طبيعة الاورام المخية فلا يتوصل اليها الا بوجه التقريب فالاورام التى يكثر وجودها هى الاورام الخلوية (جيليوم) وهى التى تصطحب بأعراض تأتى على نوب وأما الاورام الجنينية فانها تصيب غالبا قاعدة المخ وتعرف باضطراب الاعصاب التى ذكرناها ومنها الاورام الزهرية وتعرف بسوابق المريض وبالبحث عنه وأما الاورام الدرنية الوحيدة فانها تصيب الاطفال أكثر من غيرهم خصوصا اذا صاحبها تدرن اعضاء أخرى كالرئة والعقد

والعظام واعراضها الاكلينيكية كاعراض الاورام الاخرى

(الانذار) - هذه الاورام غير الزهرية خطرة ويحتمل ان بعض الدرنية يزول فلا تؤول تلك الاورام الى الشفاء بسبب تأثيرها وطول مدتها ولذا يحترس من الاخبار بانذارها

(المعالجة) - حيث ان المعالجة تكون مناسبة لطبيعة المرض وطبيعته هنا يتعسر معرفتها فيجتهد باستعمال المعالجة المضادة للزهرى كالدلك بالمرهم الزئبقى من ٢ الى ٥ جرام فى اليوم ويعطى من الباطن جرامان الى خمسة من يودور البوتاسيوم لاحتمال وجود ورم ذى طبيعة مخصوصة فاذا لم تفد هذه المعالجة شيأ احتمل عدم وجود ورم زهرى واليودور البوتاسيوم نفع فى هذه الاورام ولو كانت غير زهرية واستعمال الزرنيخ ينجح أحيانا خصوصا اذا ظن وجود درنة وحيدة ثم تعالج الاعراض بما يناسبها فألم الرأس يسكن بالجليد والمخدرات وتعالج التشنجات ببرومور البوتاسيوم أو بالتباخير الكلوروفورمية ويوقف القىء بالافيون وبالجليد وبالاستراحة فى الفراش ولابد من اتخاذ الوسائط الصحية لحفظ قوى المريض وعدم تكون خشكريشات من طول الزمن

(المبحث السادس فى الامراض التسلقية للمخ)

الامراض التسلقية الحيوانية التى توجد فى تجويف الجمجمة على نوعين حويصلية وتوجد قليلا وقنفذية وتوجد كثيرا

فالحويصلية (سيستوسرك) حيوانات توجد فى السحايا نادرة وتارة توجد فى جوهر المخ خصوصا الجوهر السنجابى وقد توجد فى المسافة الخالية تحت العنكبوتية أو فى البطينات ويندر أن توجد فى السطح الباطن للام الجافية وفى هذه الحالة تضغط على سطح المخ وقد تكون وحيدة ومتعددة فقد يوجد منها فى السطح الباطن للسحايا والظاهر للمخ عدد وافر وحجم هذه الحيوانات يختلف فبعضها كالبندقة وبعضها كالبيضة أو التفاحة وهى تتكون من شامل خلوى ذى طبقات صفيحية رسوبية تشبه طبقات البصل ومن مشمول مائع يوجد فيه ارتفاع يكون محلا لعنق رأس دودة تشبه رأس الدودة الوحيدة وبعد مضى ثلاث سنين أو أربع تموت تلك الدودة فيسمك مشمول الكيس ويتجبن أو يتكلس ثم يضمر وبهذه الاستحالة تشتبه الدودة الكيسية بالدرن أو الصمغ المجبن أو المتكلس

ويوجد

ويوجد هذه الحيوانات بجوار المخ غير متصلة به أحيانا وفى بعض الاحيان يصطحب بألياف خلوية خلالية فى جوهر المخ يتكون عنها اسكليروز ويحدث أنيميا المخ أو احتقانه أو انسكابات دموية نقطية فيه أو لين أو التهاب أو تقيح وقد يشاهد استسقاء المخ فى هذه الاحوال كما تشاهد تغيرات مرضية فى السحايا وللدودة الحويصلية المخية نوع آخر ذو غو مخصوص يتولد منه اناث الدود الحويصلى للاتى تكون فى مساكن كثيرة

(الاسباب) - السبيل الذى تتبعه هذه الحيوانات من القناة الهضمية الى المخ غير معروفة ويحتمل أن يكون مروره من طريق الاوعية الدموية واللينفاوية أكثر من خلال الانسجة

(الاعراض) - فى أغلب الاحوال لا يظهر من هذه الحيوانات أعراض طول الحياة ولا تعرف الا بعمل الصفة التشريحية وفى بعض الاحوال تحصل اضطرابات عقلية مهمة وقد تحصل أعراض أورام المخ وهذا هو السبب فى وضعها عقب شرح تلك الاورام فيحدث عنها فى الابتداء تنبيه كألم الرأس والدوار والقىء وأحوال صرعية وأما الخدر والشلل فنادر هنا

(التشخيص) - تشخيص هذه الحيوانات صعب واذا وجدت أعراض من جهة المخ لا يمكننا الحكم بوجود حيوانات تسلقية فيه الا ان وجد منها فى المنسوج الخلوى تحت الجلد أو فى المنسوج الخلوى للعضلات أو فى قاع العين وعلى رأى جريسنجر يوجد اشتباه فى وجود هذه الحيوانات اذا ظهرت أعراض صرعية عند الكهول خصوصا اذا تعلقت هذه الاعراض بغير الوراثة أو بغير سبب بادوقع على الرأس أو بغير الافراط فى المشروبات الروحية أو بغير الزهرى

(الانذار والمعالجة) - هذه الحيوانات خطرة لعدم الوقوف على واسطة تبددها ويحتمل أن يحصل الموت فجأة والمعالجة لا تكون الا عرضية

(النوع الثانى وهو القنفذية) (ايكينوكوك)

الدودة القنفذية المخية وحيدة عادة وتعددها نادر واذا كبرت تكون مثل حجم نصف المخ ومن النادر ما تكلم به مورجان من انه شاهد كيسا بلغ وزنه ٥٥٠ جراما وقد شوهد عند الاطفال والكهول انثقاب جدران الجمجمة وظهور الكيس الديدانى الى الخارج وقد

شاهد (ويست) حصول الشفاء الذاتى فى حالة تشبه هذه وقد شوهدت أحوال أخرى خرجت فيها الدودة القنفذية من الانف والاذن ثم ان الكيس الديدانى يشتمل على حويصلات اناث عقيمة وجدران الكيس مبطن عادة بطبقة خلوية ضامة والجزء المجاور لها من المخ يصير انيماويا أو محتقنا أو يرتشح بنقط دموية وقد يصاب أحيانا باللين و يحتمل ان يتقيح

(الاعراض) – تنمو الدودة القنفذية عند الشبان واعراضها تشبه أعراض أورام المخ وتصطحب بظواهر تنبيه وتشنجات صرعية ويجوز أن يحصل للعين جحوظ مع أوزيما الاجفان والكيس يصطحب بتموجات

(التشخيص والانذار والمعالجة) – التشخيص متعذر والانذار خطر والمعالجة تنحصر فى فعل عملية جراحية فانها تنجح غالبا

(المبحث السابع فى الآفات الزهرية للمخ)

لا تحصل اصابة المخ بالزهرى الا عند انتهاء فعله وتعميمه البنية وذلك لا يكون الا بعد مضى عشر سنين الى عشرين ومن النادر أن يحصل فى آخر السنة الاولى من اصابته ولذا تعد هذه التغيرات من الزهرى الثلاثى وقد شوهد حصول هذا المرض بالوراثة وهنالك أحوال يوجد فيها أسباب متممة لهذا الاستعداد وقد تقدم ذكر الاورام الصمغية الزهرية مع أورام المخ ونذكر هنا أعراضها الاكلينيكية الخاصة بها لاهميتها لكن حيث انها تتنوع بالنظر لتنوع التغيرات المرضية ومجالسها لا يمكننا استيفاء شرحها فضلا عن انها تشبه أعراض أورام المخ التى سبق ذكرها وهى

(أولا) – الالم – ويكون هنا شاقا متعاصيا يثور بالليل ويحدث الارق ويحصل اضطراب فى الهيئة الادبية وفقد فى القوة المذكرة ثم تظهر اعراض شلل فى اعصاب المخ اذا كان مجلس الاصابة قاعدته وبالاكثر يحصل الشلل فى عضلات العين والعصب الوجهى وأما اذا كان مجلسها الجزء العلوى من المخ فأعراضها تكون كاعراض الاورام التى ذكرت فيما سبق

(ثانيا) – التغيرات الزهرية الشريانية – تظهر هذه التغيرات بعد مضى مدة من أعراض

الهجوم وتنحصر فى انسداد الاوعية وفى نوبة سكتية مخية يعقبها شلل فالجى ويوجد فيها التغيرات التى ذكرت فى السكتة المخية التى منها السكتة الخفيفة والصاعقية التى يعقبها الموت بسرعة

(ثالثا) – يحصل تغير مخى مزمن منتشر يشبه الاسكليروز المتعدد أو نوعا من الشلل الساعى للمجانين وفى هذه الحالة يوجد فقد تدريجى فى القوى المذكرة وصعوبة فى الكلام واضطراب فى الحركة كارتعاش واختلال فى المشى وشلل وتصل هذه الاضطرابات لدرجة الخلل فى الجسم والعقل وبالصفة التشريحية نجد الاوعية الشعرية مجلسا لهذه التغيرات ونرى ضمورا واستحالة فى الالياف العصبية

(التشخيص) – تعرف التغيرات الزهرية للمخ بآلام الرأس الشديدة التى تزيد ليلا وبالتشنجات الصرعية وبالنوب السكتية ولكون هذه الاعراض توجد فى أورام أخرى لا يصح ان يركن اليها فى التشخيص بل يجب التفتيش على سبب الاصابة الاولية والثانوية للزهرى بعلاماتها وأثر التحامها التى توجد على سطح الجلد وعلى سطح الاغشية المخاطية وبالعقد الليمفاوية الزهرية وبالتهاب السمحاق أو الاصابة بالخصية الزهرية ومما يساعد على التشخيص سن المريض فان اصابة السكتة المخية للشبان تؤكد التشخيص وبالجملة فالمعالجة الزهرية تحققه لنا ولا يحصل منها ضرر

(الانذار والمعالجة) – هذا المرض خطر ان لم تستعمل الوسائط العلاجية الموافقة له وهى المعالجة المضادة للزهرى فمتى استعملت فى وقتها أى قبل تلف أنسجة المخ المجاورة للتغيرات المرضية الزهرية التى ذكرناها حصل لين فى هذه التغيرات فتمتص ويزول الضغط الذى كان حاصلا من الاورام ويرجع الوعاء لحالته الاصلية ويجرى الدم فى مجاريه وترجع حالة المنسوج العصبى المخى لما كانت عليه وكذلك تعود لاعصاب قاعدة الدماغ وظائفها ولذا يجب استعمال هذه المعالجة فى وقتها بلا تأخير والادوية المستعملة بنجاح هى الدلك بالمرهم الزئبقى من ٤ الى ٥ جرام يوميا مع استعمال جرامين الى ثلاث من يودور البوتاسيوم من الباطن واتخاذ الحمية عند دموى المزاج ويلزم استمرار الدلك مدة أسبوعين بعد زوال الامراض وفى العادة أن يحصل تحسين بعد ست دلكات

فاذا لم يحصل التحسين بعد ثلاثين دلكة لا يؤمل بنجاح هذه المعالجة وتستعمل أيضا المعالجة العرضية لتسكين الآلام وللتقوية وفى بعض الاحيان تكون الحمامات متممة لهذه المعالجة

(المبحث الثامن فى الشلل الساعى عند المجاذيب)

يعرف هذا المرض بالشلل العمومى وبالشلل الجنونى أيضا وهو وان كان من الامراض العقلية الا أنه لمناسبته هنا نتكلم عليه فنقول

لكون هذا المرض يحصل كثيرا ويكون انتهاؤه محزنا اعتنت الحكماء بشرحه فأول من شرحه الحكماء الفرنساويون كبايل سنة ١٨٢٢ ثم كالماى سنة ١٨٢٦ ومن حينئذ تميز عن أمراض أخرى مشابهة له ومن عهد قريب عرفت التغيرات التشريحية التى توجد فيه وهذه التغيرات تحصل ابتداء فى المنسوج العصبى المركزى (المخ والنخاع الشوكى) فيبتدئ الشلل العمومى أولا فى جوهر المخ الذى له ارتباط بتميم وظائف القوى العقلية ووظائف الحركة وعلى ذلك تبتدئ الظواهر العقلية والحركة فى التغير ثم تمتد هذه التغيرات فى المنسوج العصبى المركزى

(الاسباب) — يظهر ان هذا المرض يصيب الاغنياء أكثر من الفقراء وان عشر المجاذيب يصاب به والغالب أن يكون سن من أصيب به بين الثلاثين والخمسين ويندر أن يحصل فى سن أكبر من ذلك كما يندر أن يكون فى أقل من عشرين سنة واصابته للرجال أكثر منها للنساء كما يكون فى المدن أكثر منه فى القرى ولو سألنا سائل عن سببه الاصلى لما تيسر لنا الاجابة بطريقة مطلقة نعم قد أبانت المشاهدات ان الاصابة الزهرية لها دخل عظيم فى وجوده اذ نرى فى كل مائة أصيبت به ٧٥ مصابين بالزهرى كما أن هذا المرض يوجد غالبا فى اختلال الحركة لمن كان مصابا بآفة فى النخاع ومن المعلوم ان بين هاتين الآفتين ارتباط وأما الاسباب المهيئة فليست ذات أهمية وهى تنبيه القوى العقلية من التجار والموظفين المصابين به والاشغال الشاقة وبعضهم نسب سببه لجروح الرأس وتأثير الشمس كما ان البعض نسبه للوراثة

(الاعراض والسير) — يبتدئ الشلل العمومى خفية ببطئ حتى لا يتيسر تحديد ابتدائه

ولا يعرف الا بظهوره فيحصل أولا تغير فى القوى العقلية وضعف فيها واختلال فى الحافظة فيطرأ عليه النسيان ويصير مهملا لشؤنه وشؤن غيره ويكون حكمه بالاشياء غلطا ويبذر ويستدين ولا يتمتع بانبساط عقلى وتضيع آدابه وتزيد احساساته وتنفعل نفسه بأى سبب ويغضب الخ ومع ذلك تزول هذه الظواهر بسرعة وان كانت تحدث اضطرابا عند المختلطين به ولا يتيسر لهم معرفة سبب ذلك وأما المريض فيعرف بنفسه هذه التغيرات خصوصا العقلية ويشتغل بها ويطرأ عليه دوار وضغط فى الرأس وآلام روماتزمية ويضطرب نومه كما تضطرب شهيته ولذا يضطر لان يعرض نفسه للطبيب وربما يظن الطبيب أن هذه حالة عصبية ويعالجه على هذه الصفة مع انه لو بحث ودقق واستفهم من أهله لتيسر له معرفة الاضطراب العقلى وأحسن واسطة لذلك أن يأمر المريض بحسبة ان كان ذا دراية فى الحساب ويستعين على معرفة المرض أيضا باضطراب الحركة والكتابة والكلام ويعرف اختلال الاخير بعدم انتظام مقاطع الحروف فيأمر الطبيب المريض بأن ينطق بكلمات متنوعة أو يأمره بقراءة كتابة ففضلا عن انه يتلعثم فى القراءة تشترك عضلات وجهه فى حركات النطق ويكون صوته خشنا وهذا ناشئ من ضعف أعصاب الاحبال الصوتية ويعرف اختلال الكتابة بانها تصير غير منتظمة لارتعاش اليد وضعف القوة العقلية فضلا عن كونه يترك بعض أحرف أو نقط أو همزات وهذا الاختلال يحصل شيأ فشيأ حتى ينتهى بان لا تقرأ الكتابة

وزيادة على ذلك يحصل تغير فى الحدقتين فلا يكونا بانتظام واحد ويحصل شلل وقتى فى عضلات العين وتغير فى الافعال المنعكسة لاوتار العضلات ونضيف الى ذلك الآلام العصبية والصداع وضمور العصب البصرى ولو كان حصول هذه قليلا وبالنسبة للتغيرات التى تطرأ فى هذا المرض لا يتيسر لنا شرح سيره شرحا منتظما نعم يقال انه يحصل فى سيره دور خمود تخمد فيه القوى العقلية والادبية ثم دور هيجان تحصل فيه اضطرابات جنونية كجنون العظم بل فى بعض الاحيان يصل هذا الجنون الى درجة لا تحتمل حتى ان المريض يظن انه ملك قصورا وقناطر من الذهب وانه سلطان أو نبى من الانبياء ثم فى وقت انحطاط الاعراض يندم على ما تصوره وفى بعض الاحيان لا يحصل هذا الدور الهذيانى بل يحصل الخمودى

ويسير المرض عليه وقد يتعاقبان وهنالك شكل آخر يكون مصحوبا باختلال الحركة الناشئ عن آفة فى النخاع مع نقص فى الحساسية واضطراب من جهة المثانة وقد يصطحب هذا المرض بنوب شلل سكتية أو صرعية تمكث من ٨ الى ١٤ يوما وتجدد زمنا فزمنا وفى مدة وجود هذه النوب تفقد المرضى ادراكها وبتكرارها يصير المرض خطرا

وأما تغير غير المجموع العصبى من الاعضاء الاخرى فلا يكون الا ثانويا وأما درجة الحرارة فتكون طبيعية غالبا وقد تنقص عنها وقد تزيد وتنقص بحسب النوب

ومدة المرض تكون فى أغلب الاحوال من سنتين الى ثلاث أو أكثر أحيانا وقد تكون قصيرة وحينئذ يقال له الشكل السريع والذى يعجل الموت هو اعراض الهيجان المتواترة والارق والامتناع عن الطعام الذى يوجب الاضمحلال

(التشريح المرضى) - يوجد فى هذا المرض تغيرات تشريحية مختلفة مصيبة لجوهر المخ أولغلافاته كلية وضموره الذى يشغل عادة الجزء المقدم منه خصوصا الفصين الجبهيين فقد يصل الى ربع حجمه أو الى ثلثه واذا بحث عن تعرجات المخ يرى ضمور فيها او فى عناصرها وأحيانا أخرى يرى بعض علامات التهاب أو احتقانات فى الاوعية والاهم من هذه التغيرات هو الاستحالة الضمورية وهى تكون كثيرة فى الالياف العصبية الرقيقة (ميلين) حتى ان بعضها يزول وكذا فى الخلايا العصبية العقدية وقد تشاهد هذه التغيرات التشريحية أيضا فى الجوهر الابيض للمخ مصحوبة باستحالة شريطية فى الاحبال الجانبية للجزء المحرك من الاهرام أو فى الاحبال الخلفية وهذا ما يلجئنا الى اعتبار أن غالب التغيرات متعلق بحالة زهرية وعلى ذلك يحتمل ان اضطراب الكلام متعلق بزوال الياف الفص اليسارى وان الاضطرابات العقلية مرتبطة بتغير الياف الفصين الجبهيين واضطراب الحركة فيتعلق بهذه التغيرات أيضا وبتغيرات فى الياف النخاع وأما النوب الشللية فلم يتوصل الى الآن لمعرفة سببها التشريحى كما ان الميكروسكوب لم يظهر لنا غير ما تقدم

(التشخيص) - يعلم هذا المرض بمعرفة الاعراض المذكورة التى هى تغير فى عادة الانسان وفى مزاجه وفى قوته الحافظة والعاقلة واضطراب فى كلامه وكتابته وعدم توافق حدقتى عينيه ووقوف فى الافعال المنعكسة لاوتاره العينية ونوب شلليه خفيفة واضطراب فى حركة

طرف المخ وبهذا يمكن تمييز هذا المرض عن أورام المخ وعن الاستحالة الشريانية الشعرية وأما تداوؤه فلا يمكن تحديده كما تقدم

(الانذار) - هذا المرض خطر كالاستحالة المزمنة للمجموع العصبى المركزى اذ لم يعلم شفاؤه الا عند عدد قليل وأما تحسينه ووقوفه الذى يستمر مدة فممكن وهذا يتعلق بموافقة العلاج للداء

(المعالجة) - متى علم الداء وجبت المبادرة بالوسائط الصحية الواقية كاجتناب الاشغال الحسية والعقلية والمنبهات العقلية فيجب على المصاب ان يتباعد عن صنعته واكتساب معيشته وان ينتظم غذاءه مع الاقامة فى محال مستوفاة للشروط الصحية وأما الوسائط العلاجية فتنحصر فى مضادات الزهرى متى احتمل وجوده بان تستعمل المركبات الزئبقية واليودية مع استعمال الحمامات الفاترة والدلك بالماء البارد واستعمال الكهربائية بطريقة تناسب تكهرب الرأس والنخاع وقد استعمل الارجوتين ولا نطيل الكلام فى بيان المعالجة العرضية لوضوحها

(المبحث التاسع فى الاستسقاء الدماغى المزمن المعروف بالاستسقاء المخى)

قد سبق لنا الكلام على تجمع السائل المصلى فى بطينات المخ الناتج عن وجود آفات مختلفة فيه كالاورام والالتهاب السحائى لكن قد يوجد غير هذا الاستسقاء التابعى ازدياد فى حجم السائل البطينى ويسمى الاستسقاء الاصلى لانه يكون خلقيا أو يحصل فى الطفولية الاولى ولا يعرف لهذا الاستسقاء المزمن أسباب حقيقية وقيل انه يحصل من التهاب فى ضفيرة البطينات يوجد فى مدة الحياة الجنينية أو فى ابتداء السن الاول الا أن التغيرات المرضية هنا لا تدلنا الا على ركود الدم ركودا ميخانيكيا وانسداد ثقب (ماجندى) ولا نعلم شيأ من العناصر التى تحدث استعدادا لهذا المرض كالزهرى والوراثة

(التشريح المرضى) - التغيرات التشريحية التى تشاهد فى استسقاء المخ عند الاطفال هى زيادة حجم الرأس لان محيطها فى السنة الاولى من الحياة يجوز ان يبلغ ٧٠ سنتمترو أكثر وبروز عظام الجبهة والجداريين ورقة العظام شيأ فشيأ حتى تصير نصف شفافة كالورق

والتدار يزتنفتح باتساع والمخ ينطرد فيشبه كيسا امتلأ سائلا وسمك النصفين الكرويين له يصل من اثنين سنتمترالى ثلاثة والكيس المصلى الموجود فى البطينات المتمددة خصوصا الجانبية يزداد وأحيانا يتمدد كل من البطينى الثالث والرابع وتكون جدران البطينات موشحة بحبيبات صغيرة وقد يكون بغشاء سميك والسائل الدماغى يتكون من مصل شفاف مشتمل على قليل زلال فيه بعض كرات صديدية ووزنه النوعى من ١٠٠٤ الى ١٠٠٦ وكميته تصل الى لتر أو أكثر وهذا الاستسقاء الدماغى يصطحب بوقوف نمو النخاع وبعيوب أخرى

(الاعراض) - يجوز ان يولد الطفل بالاستسقاء الدماغى ويجوز ان يطرأ بعد الولادة فيشاهد فى الاسابيع الاول ثم يزداد حجم رأس الطفل شيأ فشيأ ولمعرفة ذلك نقول ان محيط الرأس عادة ٤٠ سنتى تقريبا فيبلغ فى سنة واحدة ٤٥ ومن حينئذ الى البلوغ يصل الى ٥٠ سنتى بخلاف ما فى الاستسقاء فان محيط الرأس يبلغ فى سنة ٥٠ سنتى وزيادة وفى بعض الاحيان يزداد القطر العامودى فيعطى للرأس شكلا مخصوصا وقد يوجد دور وقوف فيصير اليافوخ لينا وبه تموج والاوردة زرقاء والوجه يبقى صغيرا والاعين تنحط الى أسفل من جهة بالنسبة للضغط الواقع على قوة الحجاج ومن جهة أخرى بالنسبة لضعف التأثير العصبى الواقع على عضلات العين

ومن الاعراض المهمة لهذا المرض وقوف نمو القوة العقلية وعدم تمييز الاطفال حروف الكلام وعدم اللعب الا قليلا ولا يوجهون تصوراتهم لشىء ما وتضطرب حركاتهم فيشاهد ضمور فى الاطراف السفلى أو العليا وأحيانا شلل نصفى وازدياد فى الفعل المنعكس للاوتار العضلية والقليل من هؤلاء الاطفال يتيسر وقوفهم وأما المشى فغير مؤكد بل يكون مختلا وتتألم الاطفال من المؤثرات الخارجية خصوصا حاسة البصر وكثيرا ما شوهدت أوزيما الحلمة العصبية وكذا ضمور العصب البصرى وتشنج لسان المزمار وأما التغذية العمومية فتبقى مدة بدون تغير ومع ذلك فان الاطفال يضمر جسمهم ويتأخر نموهم

(الانذار) - انتهاء الاستسقاء الدماغى محزن ويندر ان تعيش الاطفال زيادة عن خمس سنين والموت يحصل عادة من الضمور العمومى أو فى نوبة تشنج والى الآن لم يتوصل لشفاء

هذا

هذا المرض وان شوهد وقوفه وأمكن بذلك ان تعيش الاطفال بحالة واحدة

(التشخيص) - تشخيص الخلقى من هذا المرض ليس صعبا لمعرفته بزيادة حجم الرأس أما اذا كان حجم الرأس غير كبير فقد يكون عسرا ويلزم تمييزه عن رأس الراشتسميين فيتأمل فى اضطراب القوى العقلية والحركة والاعراض الاخرى وأما استسقا الدماغ عند الكهول فحجم الرأس فيه لا يزيد غالبا ولذا لا يكون تشخيصه محكما

(المعالجة) - لم يتوصل لمعرفة دواء شاف لهذا المرض والذى استعمل فيه من الادوية كالدلك بالمرهم الزئبقى وبصبغة اليود على الجمجمة والضغط المنتظم مع استعمال يودور البوتاسيوم من الباطن لم يفد الشفاء التام وقد استعملوا ربط الجمجمة فلم يفد الا تحسينا وقتيا ولذا كان الاحسن استعمال المعالجة العرضية والوسائط الصحية

(تذييل)

ذكر الحكيم منبير الفرنساوى سنة ١٨٦١ مرضا وسماه مرض منبير وهو يتصف باعراض مخصوصة تعقب آفات الاذن المزمنة وهذه الاعراض هى دوار شديد وطنين فى الاذنين ويأتى ذلك على نوب تكون فى الاول خفيفة ومتفرقة ثم تزداد بعد ذلك ويغلب على الظن ان ذلك آت من اصابة الاذن الباطنة (الحلزون) وجائز أن يكون مجلسه القنوات النصف هلالية وللكينين تأثير عظيم فى معالجة هذا الداء اذ به حصل التحسين بل الشفاء

(الباب الثانى فى أمراض البصلة)

(المبحث الاول فى شلل البصلة الساعى)

(المعروف بالشلل الشفوى اللسانى الحنجرى)

أول من شرح هذا المرض دوشين ولذا سمى بمرض دوشين وقد سمى باسماء مختلفة تبعا لاسم من اشتغل به

(الاسباب) - سبب هذا الشلل لين الخلايا العصبية لعقد نوايات أصل الاعصاب الناشئة من أرضية البطين الرابع ولكون الخلايا العصبية لنوايا سيللنج مرتبطة ارتباطا تشريحيا فسيولوجيا بالخلايا العصبية للقرون المقدمة للنخاع جعلوا مشابهة بين الشلل الشفوى

اللسانى الحنجرى والضمور العضلى الساعى نظرا لمجانس التغير التشريحى واشتباه الاعراض وذكروا من هذا المرض شكلين أولى وثانوى فالاولى يظهر ابتداء ثم يصطحب بالضمور العضلى والثانى يعقب هذا الضمور أو يعقب الاسكليروز الجانبى للنخاع وهذا المرض كثير الحصول ويوجد عند الرجال أكثر منه عند النساء وهم فى سن بين ٤٠ و ٦٠ وكذا عند الاغنياء أكثر منه عند الفقراء وللبرد والتعب خصوصا تعب الشفتين كالزمارين دخل فى حصوله وكذا الاشتغال العقلى وقد يحصل فى زمن نقاهة الامراض العفنة

(الاعراض) – يبتدئ هذا المرض بطريقة خفية وبطء ويندر حصوله فجأة بشكل سكتى واعراض الهجوم تنحصر فى ألم وحيرة وانسداد وتمزق فى القفا واحساس بضغط فى العنق ودوار وأول عرض يظهر هو عسر فى الكلام والمضغ ثم تصاب الشفتان بعسر فى الحركة ويحصل ضمور وشلل فى المحيطة الشفوية ويسعى الشلل فيصيب اللهاة والبلعوم والحنجرة وتشترك معها عضلات أخرى ويصيب أيضا العصب تحت اللسان واللسان البلعومى والشوكى للجهتين وقد يشل عصب الزوج السادس وعصب العضلات المضغية وتضمر عضلات الرأس والعنق وتشل أحيانا وتضعف حركة استدارة الرأس أو تزول وقد تصاب عضلات ارتفاع تيناروتحت تيناروبين العظام وتحفظ المرضى قوتها العقلية ويكون ضحكها بكيفية مخصوصة وصوتها منطفئا لشلل الاحبال الصوتية وبفعل الكهربائية على العضو المشلول يظهر لنا المشابهة بالاستحالة العضلية وانما يكون التنبيه الميخانيكى للعضل زائدا

(السير) – سير هذا المرض مزمن دائما ويتبع فى سيره الاعراض المذكورة وتظهر الاصابة أولا فى اللسان والشفة ثم فيما يجاورهما من الوجه واللهاة والبلعوم والحنجرة وقد يوجد بغير هذه الكيفية

(المدة) – يمكث هذا المرض عادة من سنتين الى خمس ويحصل الموت عقب الحرمان من الاطعمة لعدم امكان ازدرادها أو من مضاعفة من جهة الرئة أو من وقوف التنفس وشلل القلب

(التشريح المرضى وطبيعة المرض) – بالبحث الدقى الميكروسكوبى عن التغيرات

التشريحية لهذا المرض وجدانه ناتج عن آفة فى النخاع المستطيل اذ شوهد فيه استحالة واضحة فى النوايات العقدية وفى منشأ الاعصاب التى أصيبت عضلاتها بالضمور فى الشلل البصلى الساعى وهذه الاستحالة تظهر بالاكثر ابتداء فى النوايات المخيه للعصب تحت اللسان فيكون بعض خلايا نواياته ضامرة والبعض الآخر متبددا ثم تشاهد هذه التغيرات فى نوايات الاعصاب الأخرى ومتى ضمرت العضلات أصاب الضمور الخيوط العصبية المتوزعة فيها وهذا الضمور يشبه الضمور العضلى الساعى ولذا نرى ان الشلل البصلى الساعى مشابها للشلل العضلى الساعى وهذا هو ما دعا البعض الى الظن بأن الضمور يبتدئ بالعضل ثم يسرى الى الاعصاب ومنها الى البصلة الشوكية وعلى كل حال فهذا لا يمنع وجود المرضين فى آن واحد أو ان أحدهما يوجد ويعقبه الثانى

وينبغى التبصر فى أعراض الشلل العصبى الذى يضاعف الاسكليروز الجانبى لان هذا الاخير يصطحب باستحالة فى النوايا العصبية للنخاع المستطيل وللاعمدة السنجابية المقدمة للنخاع الشوكى ويضاف لهذه الاستحالة مرض فى الطريق المحركة للاحبال الجانبية فاذا قطعنا النظر عن بعض تنوعات فى المرض وجدنا مجموع الاعراض مشابه الاعراض الضمور العضلى الساعى ولذا يسوغ لنا أن نعتبر الامراض الثلاثة التى هى الشلل البصلى الساعى والضمور العضلى الساعى الشوكى والاسكليروز الجانبى النخاعى الضمورى تنوعات لمرض واحد ذى مجلس واحد والاوفق جمعها

(التشخيص) – تشخيص تلك الآفة سهل بمعرفة ابتدائها البطيء والاعراض التى ذكرناها وسيرها فى حدوث الشلل على التعاقب وتميز عن غيرها بفقد اضطراب الاحساس الذى يوجد فى أورام البصلة وأمراضها الأخرى وفى بعض الاحيان يوجد شلل فى بعض هذه العضلات المذكورة كاصابة أحد النصفين الكرويين وحينئذ يكون التمييز متعلقا بأن تلك الاحوال نادرة وان الاصابة مباشرة وفجائية وان الشلل يصيب جهة واحدة من النصفين الكرويين ويصطحب بشلل جهة من الجسم فذلك كله يحقق التشخيص

(الانذار والمعالجة) – هذا المرض خطر ولذا يجب علينا ان لا نقف عن المعالجة اذا وقف الداء ولم يزد فتستعمل الكهربائية بأن توضع على النتوأين الحلميين كل يوم من دقيقتين الى ٣ مع تنويع التيار ويكهرب العظم السنباتوى وكذا الاعصاب الدائرية المتوزعة فى العضلات

المشلولة كعضلات اللسان والشفة والمضغية الخ وأحيانا يوضع أحد القطبين على القفا والآخر بجوار الحنجرة لاجل تحريض الازدراد

وتستعمل أيضا المعالجة بالحمامات الباردة مع الاحتراس وتستعمل نترات الفضة والارجوتين ويودور البوتاسيوم والاتروبين بكمية ٠,٠٠٠٥ يعطى منه فى اليوم من ٣ الى ٤ ويلزم تنظيم الغذاء والمشروبات وكيفية ازدرادها وفى انتهاء المرض تستعمل المسكنات

(المبحث الثانى فى نزيف البصلة وشللها الحاد)

(الاسباب) ـ نزيف البصلة المخية نادر اذا كان محدودا عليها لان وجوده يصادف نزيف النخاع المستطيل والحدبة المخية فى آن واحد ولا يعلم اختلاف ميخانيكية نزيف البصلة عن ميخانيكية النزيف المخى نعم ان التهاب البصلة ولينها أو ضغطها يحدث فيها النزيف التابعى وهى تختلف بالنسبة للمجلس والكبر

(الاعراض) ـ اذا حصل النزيف بدرجة قوية تبعه الموت فورا كأن المرضى أصيبت بصاعقة فالتنفس يصير اهتياسريعا ويتواتر النبض وترتفع الحرارة ويحصل الموت عقب بعض ساعات أو دقائق وأما اذا حصل النزيف بدرجة متوسطة فأعراضه تشبه أعراض نوب السكتة المخية وتحصل نوب صرعية اذا خفت الاصابة الحدبة المخية ويشاهد شلل فى أعصاب البصلة وفى أعصاب الاطراف وهذا يكون شلل البصلة الحاد السكتى وأحيانا يوجد شلل فى الاطراف العليا والسفلى معا أو فى احداهما أو يوجد فالج واذا كان مجلس النزيف فى محاذاة مجمع الاهرام فيحصل شلل تصالبى ويمكن اصابة الحساسية اذا أصيبت أعصابها او قد يحصل شلل لاعصاب البصلة من جهة ولاعصاب الاطراف من جهة أخرى وهذا يسمى بالفالج المتوالى لجوبلير

(التشخيص) ـ تشخيص هذا الداء عسر حتى للاطباء المهرة المتمرنين لانه يشتبه بالامراض الاخرى للبصلة

(الانذار والمعالجة) ـ هذا المرض خطر لاهمية وظائف البصلة والمعالجة كمعالجة السكتة المخية

(المبحث الثالث فى انسداد واستحالة شرايين البصلة)

(الاسباب والتشريح المرضى) ـ أسباب هذا المرض وتغيراته التشريحية هى عين

الاسباب والتغيرات التشريحية التى ذكرت فى اصابة المخ بهذا المرض ولنعلم ان البصلة والحدبة يقبلان فروعا شريانية أغلبها من الشريان الشوكى المقدم ومن الفقارية ومن القاعدى وجوهر البصلة يتغذى من الشريان الشوكى المقدم والشرايين المخيخية الخلفية السفلى فاذا حصلت استحالة أو انسداد فى الشريان الشوكى المقدم حصل شلل العصب تحت اللسان والشوكى والوجهى واذا حصل فى المخيخى الخلفى وجد اضطراب فى حركة الاطراف واذا كان فى الشريان الفقارى حصلت الاعراض المذكورة مجتمعة واذا أصيبت نواية العصب الرئوى المعدى حصل الموت صاعقيا

(الاعراض) ـ اذا كان المرض صاعقيا كان الموت الفجائى هو العرض الوحيد له وأحيانا توجد أعراض السكتة المخية مصحوبة بتقلصات وتحصل هذه الحالة اذا كانت البورة السكتية صغيرة ويحصل للمرضى دوار واغماء وضعف وشلل يمكث بعض ساعات ويمكن أن يصيب الاطراف السفلى فقط أو ومعها الاعصاب البصلية أو يصيب جهة واحدة أو جهتين وقد يوجد اضطراب فى الاحساس أو لا يوجد وقد يتصالب فقد الاحساس مع الشلل ثم ان الشلل قد يتناقص متى تمت الدورة الجانبية وفى أحوال أخرى لا يحصل الا انحطاط خفيف فى الاعراض أو تحصل استحالة ثانوية فى الالياف الهرمية تصطحب بانقباضات وبزيادة تنبيه فى الحركات المنعكسة وفى هذه الاحوال توجد العلامات الخاصة بمرض شاركو الذى يحصل فيه الاسكليروز الضمورى للنخاع المعروف بحصوله الفجائى وبغيبوبة الضمور الساعى

(التشخيص) ـ تشخيص انسداد أو استحالة الفريعات الشريانية للبصلة مع نزيفها ليس سهلا والذى يدلنا على ذلك هو الاصابة الشريانية الاسكليروزية أو الزهرى أو وجود آفة فى القلب وأما معرفة المجلس فمتعذرة

(الانذار والمعالجة) ـ هذا المرض خطر والمعالجة كمعالجة سدد واستحالة شرايين المخ واذا وجد شلل اللهاة يستعمل المجس المعدى لتغذية المريض

(تذييل)

التهاب البصلة الحاد نادر جدا ولا تمكن معرفته الا بعمل الصفة التشريحية والجزء المصاب به

تظهر فيه علامات اللين الاحمر وسماكة فى جدران الاوعية وتمتلئ المسافات بين الاوعية اللينفاوية بعناصر خلوية وفى المشاهدات قديما وجدت خراجات البصلة الا أن ذلك يمكن أن يكون ناتجا عن لين درنى وأعراض هذا المرض هى أعراض شلل البصلة الحاد السكتى الشكل والمعالجة كمعالجة التهاب النخاع الحاد

أما أورام البصلة فنادرة أيضا ولا يمكن تمييزها عن الاجزاء المجاورة للنخاع واذا وجدت تكون طبيعية درنية وقد وجد (روجر) دودة حويصلية فى أرضية البطين الرابع وأعراضها عمومية وموضعية فالعمومية هى ألم فى الرأس خصوصا جهة القفا وفقد القوة العقلية ودوار والموضعية هى اضطراب فى الاعصاب البصلية وحول وشلل فى الوجه وتشخيص هذه الاورام عسر ومعالجتها عرضية

(الباب الثالث فى أمراض النخاع)

(المبحث الاول فى الالتهاب الحاد السحائى الشوكى)

(الاسباب والتشريح) ـ هذا الالتهاب لا يظهر أصليا بل فى أغلب الاحوال يحصل من التهاب الاعضاء المجاورة أو الالتهاب السحائى المخى الشوكى خصوصا الوبائى والدرنى المصحوب بالتهاب درنى فى أغشية المخ وهذا الاخير يعرف بالالتهاب السحائى المخى الشوكى الدرنى ومن أسباب هذا الالتهاب الامراض العفنة التى تحدث بمكروبها الالتهاب السحائى المخى الشوكى ونضيف الى ذلك الالتهاب السحائى المخى الشوكى التقيحى وان كان وجوده نادرا ويحصل فى الغالب عقب الالتهاب البلوراوى التقيحى وغنغرينا الرئة الخ ففى هذه الاحوال يحصل التهاب فى الغشاء الباطن للغلافات العصبية لان الام الجافية لا تشترك فى هذا الالتهاب الا اشتراكا خفيفا فى بعض الاحيان وتكون اصابتها حينئذ آتية من العظام المجاورة لها كما فى تسوس الفقرات التى تحدث التهابا محدودا فى السطح الظاهر من الام الجافية المخية التى سبق التكلم عليها ويشاركها فى هذا الالتهاب المنسوج الخلوى الكائن بينها وبين العمود الفقرى ومن الاسباب الاصابات البادية وتأثير البرد وهما كافيان أحيانا لحصول هذا المرض

وأما التغيرات التشريحية فقد ذكرت فى الالتهاب السحائى الشوكى الوبائى وهى مشابهة

لما ذكر أيضا فى التهاب الام الجافية المحدود المصحوب بأورام دموية

(الاعراض) ـ فى الطب العملى لا يمكن تمييز الالتهاب الحاد للام الحنونة والتهاب الام الجافية اذ أعراضهما مشتركة فتوجد حركة حمية ويحصل من الالتهاب نضح يضغط على جذور الاعصاب وعلى النخاع ونضيف الى ذلك الاعراض المصاحبة التى تحصل من جهة الالتهاب السحائى المخى والاعراض الخاصة بالالتهاب السحائى الشوكى وهى التى ذكرت فى الالتهاب السحائى الوبائى فاذا جمعنا ذلك كله نجده محصورا فى الألم الشديد النخاعى على مسير العمود الفقرى الذى يزداد بالضغط عليه وهذا الألم يمتد الى الاعصاب الناشئة من النخاع والى الاطراف وفى العادة ان المحال التى يكون ألمها كثيرا يكون الالتهاب فيها زائدا فاذا كان فى القسم العنقى حصل منه اضطراب فى التنفس والقلب الخ

(الانذار) ـ هذا المرض خطر عادة وقد شوهد شفاؤه فى بعض الاحوال

(المعالجة) ـ يستعمل هنا ما يستعمل فى الالتهاب السحائى الوبائى والدرنى وقد مر ذكره

(المبحث الثانى فى الالتهاب السحائى البسيط والمزمن المعروف قديما)

وجود هذا المرض مشكوك فيه لانه لم يعبر عنه الا فى الزمن القديم الذى كان فيه تشخيص أمراض النخاع غير محقق كما دلت الصفات التشريحية على ذلك وعلى ان الالتهاب السحائى المزمن التابع للالتهاب الحاد نادر أيضا وان الالتهاب المزمن يجوز ان يحصل عقب أمراض النخاع أو الفقرات وبسببه يحصل تغير فى الام الحنونة فتسمك وتلتصق بالنخاع وبالام الجافية التصاقات متينة وتحتقن المسافات التحت عنكبوتية بنضح التهابى عكر مصلى هلامى وليس لهذه التغيرات أهمية أكلينيكية واعراض هذا النوع تشبه اعراض الالتهاب السحائى الحاد الا أنها تكون أقل شدة منه

(المعالجة) ـ اذا نظرنا للاسباب المحدثة لهذا المرض لا يمكننا ان نعين له معالجة مخصوصة ولذا ينبغى ان ندهن الجزء المصاب بصبغة اليود او نفعل الحجامة الجافة و ينذر أن تكون رطبة وتستعمل الحمامات الفاترة أو الباردة باحتراس وكذا الكهربائية و يودور البوتاسيوم أحسن علاج مستعمل للآن

(المبحث الثالث فى الالتهاب السحائى الضخامى)

قدذكرشاركوان هذا الالتهاب مرض قائم بنفسه لكن لايعلم سببه المرضى وقد جعلوا تأثير البرد والمشروبات الروحية كسبب له

وهو يتصف صفة تشريحية بسماكة مزمنة فى الام الجافية فتكون أحيانا عظيمة ومجلسها عادة الجزء العنقى من النخاع ولاتشترك فيه الام الحنونة الااشتراكا خفيفا وسمك الام الجافية يصل من ٦ ملليمتر الى ٧ والظاهر أنها تكون مركبة من عدة طبقات موضوعة فوق بعضها وهذه الطبقات ذات منسوج خلوى حديث التكوين واعراضها تنحصر فى ضغط شديد يقع على جذور الاعصاب عند مرورها من ثقوب التصاريف ثم على المركز النخاعى نفسه ومتى استمر هذا الضغط أحدث استحالة ثانوية فى الاعصاب المحركة وفى العضلات وفى آن واحد تحصل استحالة ذات سير نازل من جهة الاهرامات غير النخاع نفسه

(الاعراض) - اعراضه الاكلينيكية تعرف بآلام حادة تبتدئ من القفا وتتشعع فى المؤخر من جهة وفى الاذرع من جهة أخرى مصحوبة بخدر وتنميل فى الذراعين واليدين وقد يحصل طفح هربسى وتمكث هذه الظواهر من شهرين الى ثلاثة تقريبا ثم يبتدئ دور الشلل الضمورى الذى يصيب عادة فروع أعصاب الزندى والمتوسط ويتجنب العصب اللعبرى وهذا يكسب اليد وضعا مخصوصا يميز هذا المرض وكذا يحصل ضمور فى عضلات الاعصاب المشلولة فقط ثم يمتد الشلل من هذه الاعصاب الى الالياف المحركة العنقية للنخاع والى الاطراف السفلى وهذا الفعل يكون الدور الثالث للمرض ويصطحب بزيادة تأثير الفعل المنعكس لهذه الاطراف

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض ينحصر فى التشععات المؤلمة فى الاطراف العليا وفى الشلل الذى يعقبها وفى ألم القسم العنقى وفى غيبوبة اضطراب الاحساس وفى شلل وضمور الاطراف السفلى وحفظ حالة المثانة

(المعالجة) - لاتكون هنا الاعرضية فتستعمل الحامات ويودور البوتاسيوم والكهربائية وأوصى باستعمال الحديد المحمى على القفا

(المبحث الرابع فى النزيف السحائى الشوكى)

هذا المرض يعرف بالسكتة السحائية وبالالتهاب السحائى النزيفى

(الاسباب) - الانسكابات الدموية التى تحصل بين طبقات السحايا الشوكية نادرة وهى تطرأ عقب المجهودات والاسباب البادية على العمود الفقرى وعقب الجروح التى تصيب الاغشية كضربة سكين والجروح النارية وقد نسبوا حصول هذه الانسكابات الى التعب الجسمانى وتسوس العظام والسرطان وقد تحصل انسكابات قليلة اثناء سير الامراض العفنة الخطرة كالامتصاص الصديدى والتيفوس والجدرى وعقب تقلصات عضلية عنيفة

(الاعراض) - تحصل اعراض هذا المرض بغتة وتكون سكتية الشكل بدون فقد فى الادراك وثقلها يتعلق بشدة المرض والضغط الذى يقع على النخاع وعلى جذور الاعصاب الناشئة منه وتلك الاعراض هى ألم شديد فى النخاع الشوكى وضعف فى الاحساس وألم عصبى فى الاطراف وارتعاش فى الحركة وانقباض عضلى ومتى كثر النزيف حصل شلل نصفى وضعف فى الاحساس واضطراب فى حركة المثانة

(الانذار) - هذا المرض يؤل أحيانا الى الشفاء اذا امتص النزيف بسرعة لكن يخلفه اضطراب فى وظائف الاعضاء يمكث مدة

(المعالجة) - يؤمر المريض بالراحة وبوضع الجليد على الجزء المصاب وقد تستعمل الحجامة الرطبة واخيرا يستعمل يودور البوتاسيوم والحمامات والكهربائية

ولهذا المرض نوع آخر يعرف بالالتهاب السحائى الضخامى النزيفى الباطنى وهو يصحب الاورام الدموية للام الجافية المخية ويشابهها من حيثية الاسباب والتشريح المرضى ويوجد فى السطح الباطن للام الجافية مكونا اورام دموية متكيسة يزداد حجمها أحيانا وينشأ عنها اعراض ضغط

وأما مايختص بارتجاج النخاع وآفاته التى تحصل من أسباب بادية فيراجع فى كتب الجراحة

(المبحث الخامس فى الالتهاب النخاعى الحاد والمزمن)

نذكر هنا الالتهاب الحاد المنتشر والالتهاب النخاعى المستعرض أى الذى يحصل فى سمكه

تمامه فنقول

(الاسباب) — أسباب الالتهاب النخاعى المنتشر لم تتأكد كاسباب أغلب آفات النخاع لحصوله عند المتمتعين بصحة جيدة بدون أن نعلم سببا محدثا لها ونجهل فعل المؤثرات التى نسبوا لها حصوله وقد عد وا منها تأثير البرد والمشى العنيف والتعب الشديد وزيادة الانفعالات النفسية الشديدة والامراض العفنة الحادة والداء الزهرى اذ شوهد فى بعض أحوال التهاب النخاع آثار للداء الزهرى وقد شوهد أيضا أن الالتهاب النخاعى التقيحى يحصل من امتداد التهاب الاجزاء المجاورة له كالتهاب السحايا أو آفات العظام المجاورة وكذا من الاسباب البادية ومذهب الالتهاب العصبى الصاعد للنخاع يحتاج لاثباتات أخرى

(الاعراض) — لا يتيسر لنا أن نذكر أعراض هذا المرض بكيفية واحدة لانها تختلف باختلاف ما ينتج منها على الاحساس والحركة والضمور وأيضا بالنسبة لمجلس الاصابة فلذا نذكر كل عرض على حدته فنقول

(أولا) — شلل الحركة — وهو يبتدئ بضعف فى الاطراف السفلى ثم يحصل عدم قدرة على المشى حتى ان المصابين يجرون أطرافهم على الارض ثم يتعذر المشى وحيث من المعلوم أن أعصاب الحركة متصلة بالاحبال الجانبية للنخاع خصوصا على سير اهرامات هذه الاحبال فحصول الشلل فى الاطراف السفلى يكون سببه اصابة الجزء الخلفى من هذه الاحبال الجانبية ويكون مجلس الاصابة حينئذ القسم القطنى والظهرى من النخاع وأما اذا حصل الشلل فى الاطراف العليا فيكون مجلس الاصابة القسم العنقى ويجوز أن الشلل يكون زائدا فى جهة عن الاخرى بسبب أن الاصابة فيها أكثر

(ثانيا) — تهييج الحركة — فى أوائل المرض أو أثناء سيره يحصل تهييج فى حركة الاطراف المشلولة وحينئذ يشاهد انقباض فى هذه الاطراف فيحصل انثناء الفخذ على البطن أو الساق على الفخذ أو ان الطرف ينبسط وسبب ذلك تنبيه واقع مباشرة على الاعصاب أو تأثير فعل منعكس سببه بعيد عن هذه الاعصاب وقد يحصل ارتعاش فى هذه الاطراف

(ثالثا) — اضطراب فى الاحساس — يحصل هذا الاضطراب فى آخر المرض وأما فى ابتدائه فلا يوجد الا تخدير وتنميل والاحساس بالالم يدل على اصابة السحايا أو العمود

الفقرى التى تمتد الى النخاع وقد يحصل تخدير فى الاحساس وأما فى غالب الاحوال فتبقى الحساسية مدة طويلة لعدم اصابة الاجزاء الحساسية من النخاع أولا لان الاعصاب ذات مقاومة عند أصولها ومتى حصل الاضطراب فى الحساسية نعلم أن الاصابة وصلت الى الاحبال الخلفية للنخاع خصوصا القرون السنجابية الخلفية ونعلم أيضا حدود اصابة جزء من النخاع اذا بحثنا عن الخط الذى يعلوه وجود الحساسية الطبيعية فى الجسم ففى اصابة القسم القطنى يصل نقص الاحساس الى قسم السرة أو أعلى منه بقليل وفى الالتهاب النخاعى الظهرى السفلى يصل الى الجزء السفلى من القص وفى الظهرى العلوى يصل الى حفرة الابط وفى العنقى تصاب الاطراف العليا فى حساسيتها ونضيف الى ذلك تغير الفعل المنعكس للجلد الذى له ارتباط باضطراب الحساسية فكلما قلت الحساسية قل الفعل المنعكس الجلدى ومجلسه يكون فى محاذاة الاصابة فاذا كان فى القسم القطنى مثلا قل الفعل المنعكس فى الاطراف السفلى واذا كان فى الظهرى والعنقى بقى الفعل فى هذه الاطراف

(رابعا) — الافعال المنعكسة الوترية — يقل أو يزول الفعل المنعكس لوتر العضل متى أصيبت القرون المقدمة للجوهر السنجابى للنخاع فالقوس المنعكس لوتر اشيل مثلا يوجد فى محاذاة الاعصاب العجزية واذا كانت الاصابة فى قسم الظهر أو العنق كان الفعل المنعكس زائدا فى الاطراف السفلى

(خامسا) — اضطراب المثانة والمستقيم — أما ما يختص بالمثانة فهو ان يكون التبول فى ابتداء المرض قويا ثم تضعف قوته شيأ فشيأ حتى لا يتيسر قذف البول من المثانة لشلل الطبقة العضلية لها ثم متى وصل الشلل الى عنق المثانة حصل سلس البول وحينئذ لا يمكن تحديد مجلس اصابة النخاع نعم تكون القرون الخلفية مصابة وأما اذا حصل احتباس البول فينسب الى التهاب فى المثانة ومن الجائز ان يمتد الالتهاب الى الحالبين والكلى ويتكون منه التهاب حالبى قيحى وأما ما يختص بالمستقيم فانه يوجد امساك عادة فى الابتداء يمكث نحو أسبوعين وينشأ ذلك عن ضعف فى الحركة الديدانية للامعاء أو فى جدران البطن وقد يحصل فى أحوال كثيرة خطرة شلل فى العضلة العاصرة للمستقيم وينشأ من ذلك عدم

امساك المواد البرازية كما ان ذلك يحصل من زيادة فى تنبيه جلد الاعضاء المجاورة ونضيف الى ذلك ضعف اعضاء التناسل بل وفقد وظيفتها

(سادسا) – حالة الضمور – ضمور الاعضاء المشلولة فى الالتهاب النخاعى هو أحد التغيرات المهمة فتضمر العضلات لعدم تغذيتها وتحركها المعتادين وقد يصطحب الضمور هنا باستحالة فى الالياف العضلية وهذا يدل على اصابة الجوهر السنجابى المقدم للنخاع وأما ضمور الجلد وتقلص بشرته الذى يوجد أحيانا فليس ذا أهمية وقد يصحب هذا المرض طفح هربسى وانجرى واضطراب فى الدورة وقد توجد أوزيما فى الاطراف المشلولة ومن كثرة الرقاد تتكون ارتيما فى اجزاء الجلد المضغوطة بالجسم واذا استطال حصلت قروح غنغرينية فى هذه الاجزاء

وأغلب أحوال الالتهاب النخاعى المستعرض لا تكون مصحوبة باضطراب فى أعصاب الجمجمة وأما اذا سعى هذا الالتهاب فتحصل اعراض من جهة البصلة

(التشريح المرضى) – يجوز فى أول المرض ان لا نجد تغيرات واضحة فى النخاع واذا قطع عرضا يرى على سطح القطع انتفاخ ولا يتميز الجوهر السنجابى عن الابيض لان هذا الاخير يصير معتما وقوام النخاع يصير زائد الرخاوة أو كثير المتانة وان الجوهر السنجابى يصير أحمر وبه بعض نقط دموية ناتجة عن احتقانه أو عن أنزفة صغيرة فيه واذا أريد البحث عن النخاع بالمنظار المعظم لزم تجميده فى حمض الكروميك مدة شهرين أو أكثر ويشاهد فى النخاع الجديد غير ذلك كرات ذات نوايا وتتكاثر فيه المنسوج الخلوى والخلايا الدهنية ذات الحبوب وامتداد التغير فى النخاع يصل الى ٦ سنتى أو ١٠ ويشغل سمك النخاع بتمامه فى هذا الارتفاع والنخاع الظهرى هو الاكثر اصابة خصوصا جزءه العلوى ثم بعده النخاع العنقى ثم القطنى ويكون لين النخاع ووجود الكرات الدهنية الحبوبية والخلايا الليفية فى الدور الاول من المرض وأما فى الحالة المزمنة فنجد النخاع متينا (اسكليروز) بسبب تكون منسوج ليفى متين الا أنه لا يوجد حد فاصل بين هذين الشكلين وتكون خراج فى التهاب النخاع نادر لا يحصل الا فى الاحوال التى يكون سببها بادو كذلك لين النخاع حتى يصير كرق اللحم

(التشخيص)

(التشخيص) – تشخيص اصابة أقسام النخاع والتهابه يعلم مما سبق ذكره فى الاعراض لان علاماته لا تتغير كالحركة والاحساس والفعل المنعكس والمثانة والمستقيم ونظر الطبيب المتمرن له دخل فى تحقيق التشخيص ويلزم تمييز هذا المرض عن آفات النخاع الاخرى التى سنذكرها

(المعالجة) – الوسائط العلاجية لهذا الداء غير شافية له لكنها توقف سيره وانتهاءه الخطر ولكونه يظهر بكثرة عند ذوى البنية الزهرية تستعمل الادوية المضادة للزهرى فانها ناجحة فيه وأما الوسائط الاخرى فهى الكهربائية والحمامات الفاترة والملحية والطينية الساخنة والكربونية والباردة ويستعمل من الباطن الارجوتين والاستريكنين ويودور البوتاسيوم وكذلك الوسائط الصحية والراحة الجسمية والعقلية واجتناب المشروبات الروحية والمنبهة وتعالج الاعراض بما يناسبها وكذا اضطراب المثانة والمستقيم والاضطرابات الاخرى

(المبحث السادس فى اسكليروز المخ والنخاع)

هذا المرض يعرف بالاسكليروز ذات البورة المنتشرة أو المتعددة وبالاسكليروز اللطخى

(الاسباب والتشريح المرضى) – أسباب هذا المرض الذى يتصف بتكون بورات اسكليروزية منتشرة فى المخ والنخاع لا تعلم حقيقتها ويعد منها تأثير البرد والتعب والانفعالات النفسية ولا يعلم ان كان الزهرى له تأثير هنا أم لا وقد يعقب الامراض العفنة ويصيب الشبان وهم فى سن ١٨ الى ٣٥ وتندر اصابته للشيوخ والاطفال

ومجلس التغيرات فى المخ الجوهر الابيض للنصفين الكرويين ونخاع المخ والحدبة والنخاع المستطيل ثم الشوكى وهى لطخ ذات اشكال مختلفة وحجم مختلف ونرى بالمنظار المعظم فى هذه اللطخ منسوجا ضاما ذا طبيعة ليفية فيه بعض ألياف عصبية لم تزل متمتعة بحياة وفى الاحوال المستجدة توجد خلايا ذات حبوب دهنية

(الاعراض) – حيث انه يوجد عدد كثير من التغيرات فى مواضع مختلفة لا يتيسر ذكر اعراض واصفة لجميع الحالات التى توجد فى هذا المرض واجتماع جملة من الظواهر يؤكد التشخيص والعرض المميز لهذا المرض على رأى شاركو هو الارتعاش ولذا قد يشتبه

بالشلل الاهتزازى الا أن الارتعاش فى أحدهما يتميز عنه فى الآخر ففى الاسكليروز لا يحصل الا عند فعل الحركات ولذا يعرف بالارتعاش الارادى وهو غير اهتزازى مستو ومجلسه الاطراف العليا ويظهر عند امتدادها أو عند تناولها كأسا للشرب أو عند تقارب اصبعها السبابة من الاخرى ومع هذا فقد يوجد هذا الارتعاش فى الرأس والاطراف الاخرى ويزداد اذا حصل للمريض انفعال نفسى والظاهر ان سبب ذلك هو تمدد غلاف الليفية العصبية وبقاء محورها ويصحب هذا الارتعاش اضطراب فى التكلم وفى مقلة العين ثم يحصل فى العضلات ضعف وشلل غير تام أولا وبعد مدة يصير تاما وفى اثناء هذه المدة يكون الفعل المنعكس الوترى والسمحاقى موجودا بمعنى انه لو قرع على وتر العضل ذات الرأسين أو الثلاث فى الذراع أو على طرف عظام الساعد لوجدت الحركة بالفعل المنعكس قوية وفى الاطراف نجد هذا الفعل بالقرع على وتر الرضفة مع انسداد فى الطرف يكسبه وضعا مستقيما ومن الاضطراب الذى يصاحب هذا المرض ضمور العصب البصرى وفى بعض الاحوال تصطحب هذه الاعراض باضطرابات مخية كدوار وحمى وأما اعراض المثانة والمستقيم فنادرة هنا

(السير) — سير هذا المرض بطئ وقد يكتسب اشكالا مختلفة منها المزمن البطئ ومنها الذى يسير كسير الالتهاب النخاعى المزمن ومنها ما يشبه اختلال الحركة

(التشخيص) — يتعذر تشخيص الشكل الذى لم يستوف الاعراض المذكورة آنفا وأما الذى استوفاها فسهل ويعرف بالارتعاش المتعدى المحسوس وباضطراب التكلم والاحساس وزيادة الفعل المنعكس واضطراب التصورات والنوب السكتية الشكل وتمييز هذا المرض عن الشلل الاهتزازى سهل لان الارتعاش فى الشلل يحصل مدة الراحة بغير ارادة كما سبق واهتزازاته أكثر انتظاما من اهتزازات الاسكليروز

(الانذار) — هذا المرض خطر ولم يتوصل الى شفائه شفاء تاما ويمكث مدة طويلة

(المعالجة) — تستعمل الوسائط المذكورة فى معالجة الالتهاب النخاعى المزمن ويمكن ان يودور البوتاسيوم يحدث شفاء وقتيا

(المبحث

(المبحث السابع فى اختلال الحركة)

هذا المرض يعرف باستحالة الجوهر السنجابى للاحبال الخلفية وباختلال الحركة الساعى وبسل النخاع وهو يصيب المنسوج العصبى المركزى ويصطحب بتغير فى الاحبال الخلفية للنخاع الشوكى

(الاسباب) — لا يعلم من أسبابه الا القليل فمن ذلك الوراثة التى يكون لها تأثير ثانوى ومن النادر استكشاف استعداد عصبى عمومى لهذا المرض عند من أصيب به ووجود أول ظاهرة يكون عقب تأثير البرد ونقول ان تعب الجسم والعقل تأثيرا هنا وأما كون الافراط من الجماع سببا فليس مؤكدا وقيل ان للامراض الحادة أو البادية تأثيرا كما انه قيل ان انقطاع عرق الرجلين يعد من أسبابه وفى الحقيقة لا يعرف ان كان سببا أو نتيجة المرض ويعد من الاسباب أيضا الداء الزهرى لان بعضهم وجد من المصابين بهذا الداء ٦٢ فى مائه كانوا مصابين بالزهرى وبعضهم وجد ٩٤ فى مائة وثلاثة والزمن الذى يظهر فيه هذا المرض عند المصابين بالزهرى هو ما بين السنتين والعشرين ولو انا علمنا من ذلك ان للداء الزهرى دخلا عظيما فى هذا الداء لكن طبيعته الحقيقية وارتباطه بالزهرى محاطة بصعوبات لم يتوصل لمعرفتها الى الآن ويحتمل انه يتكون نوع يؤثر على الالياف العصبية ويحدث هذا المرض مثل ما يتكون نوع فى الدفتيريا يؤثر على الاعصاب ويحدث الشلل كما يحصل أيضا من تأثير الارجوتين وهذا المرض يصيب الاشخاص فى الزمن المتوسط من حياتهم أى وهم فيما بين ٣٥ الى ٤٥ من سنهم والرجال عرضة له أكثر من النساء

(الاعراض والسير) — هذا المرض عند استيفائه الاعراض وانتظام سيره يبتدئ بسير خفى عادة ومدة مختلفة والاعراض الواصفة لابتدائه هى ظواهر تنبيه الحساسية ذات الشكل المؤلم فالالم يكون سهميا أو محرقا يسرى فى الاطراف السفلى وعادة يكون شديدا ويندر أن يكون خفيفا وشدته تكون فى الاصابع خصوصا الاصبع الرابعة والخامسة وأكثر المرضى يحس بتنميل وتخدير خصوصا فى الجذع وبآلام عصبية فى الرأس شبيهة بالصداع وهناك عرضان مهمان وهما زوال تأثير الفعل المنعكس من وتر الرضفة وثبوته للحدقة فالاول عرض دائم الوجود الا أنه لا يمكن معرفة ابتدائه وأما الثانى فيحصل

فى الغالب فقط وبهذين العرضين مع الآلام يتميز اختلال الحركة فى الدور الاول

ومن الاعراض ازدواج النظر وضمور العصب البصرى واضطراب حساسية الجلد أوفقدها واضطراب التبول والهضم وبعد بقاء هذه الاعراض عشرة أشهر أوسنتين أوأكثر يبتدئ المرض بدور ثان وهو اضطراب الحركة بحيث يصير المشى صعبا ولا يتعلق هذا الاضطراب بخمود عضلى بل يتعلق بعيب فى تكيف حركة الاطراف السفلى وهذا العرض يزداد شيأ فشيأ حتى يتعذر الانتقال والمشى وبعد سنين يحصل اختلال فى حركة الاطراف العليا ويحصل اضطراب أيضا فى الاحساس ولذا تتخيل المرضى انها تمشى على صوف أولباد واذا سترنظرها وأمرت بالمشى تزعزع جسمها وتعذر المشى

وأما الدور الثالث أى الانتهائى فيحصل اذا لم يطرأ على المرضى آفة اثناء سير المرض وهو يشبه الدور النهائى لامراض النخاع المزمن ففى هذا الدور تضعف المرضى حتى لا يتيسر لها القيام من الفراش ويزداد خطر الاختلال وتنشل الاطراف السفلى ولذا يقال ان هذا الدور دور شلل وتحصل قروح وغنغرينا فى الاجزاء المضغوطة من الجسم وضعف الحركة واختلالها هنا لا يكون بدرجة الشلل لان الاعضاء المشلولة لا يوجد فيها قوة وأما فى الاختلال فقوة الاعضاء موجودة والآلام هنا تلازم المرضى وأحيانا تكون شديدة لا تطاق وفقد الفعل المنعكس يكون قاصرا على الاوتار خصوصا وتر الرضفة وأما فى حساسية الجلد فيكون موجودا واضطراب النظر فى هذا المرض يدلنا على اشتراك المخ فى التغيرات المرضية هذا ما يقال بوجه الاختصار على الاعراض المهمة هنا

ونضيف الى ذلك علامات أخرى مرضية من جهة الاحشاء الباطنية تنشأ عن اضطراب عصبى وهى النوب العصبية المعدية التى تتصف بألم معدى مصحوب أحيانا بقىء شديد وأحيانا بخفقان ودوار وتستمر يومين أوثلاثة وكذا النوب الحنجرية التى تتصف بضيق التنفس الذى ينسب لتشنج المزمار وتصطحب بسعال تشنجى شديد وقد يشاهد شلل فى عضلات الحنجرة كالعضلة الحنجرية الطرجهالية وقد يوجد أيضا نوب كلوية تشبه المغص الكلوى ونوب حالبية وثديية عند النساء

وأما الضمور الذى يحصل فى اختلال الحركة فنادر جدا وقد يشاهد هربس مؤلم أوسقوط

شعر واظافر وبعض نقط نزيفية فى الملتحمة العينية ويوجد أيضا مضاعفات أخرى مهمة كاصابة مفصل الركبة بانسكاب مصلى يجعل حجمها زائدا زيادة كبيرة واطراف عظامها ضامرة وبسبب ذلك تحصل كسور أوخلوع ويجوز أن يكون للزهرى والحدار دخل فى ذلك

(التشريح المرضى) — اذا فعلت الصفة التشريحية لمن تقدم الداء عنده يرى ضيق ورقة المحور النخاعى وسماكة الام الحنونة خصوصا سطحها الخلفى وأحيانا ترق الاحبال الخلفية حتى تصير شريطية زرقاء فى طول النخاع واذا قطع النخاع قطعا مستعرضا يرى ضمور فى الاحبال الخلفية فتنمحى تحدباتها الطبيعية وتهبط وبسبب لونها السنجابى تظهر ظهورا واضحا فى الجوهر الابيض والضمور يصيب أيضا القرون الخلفية وأصول أعصابها والبحث الميكروسكوبى يرينا أن عناصر الاحبال الخلفية ليست مصابة فى جميع اجزائها بل الجزء الخلفى من القسم القطنى هو الذى يصاب ويبقى جزءه المقدم على حالته وأما الاحبال الخلفية للنخاع الظهرى فتصاب جميعها بالاستحالة ولا يبقى من هذا النخاع الا الجزء الجانبى الخلفى والمقدم وأما خلايا أعمدة كلارك فتبقى على الحالة الطبيعية ومتى تقدم الداء أصابت الاستحالة العصبية جميع جذوع الاعصاب الدائرية كالعصب الوركى وكذا الفروع العصبية الحساسية الرقيقة ومع ذلك لا يمكننا تحديد ابتداء حصول هذه التغيرات أو الى أى درجة تقف نعم يمكننا ان نقول انها توجد دائما وتكون قاصرة على العناصر التى ذكرناها وتصيب نصفى النخاع على حد سواء كما أنها تصيب مجموعا عصبيا آخر من الجمجمة ومن ذلك يحصل اضطراب فى العصب البصرى وبعض اجزاء من المحرك العينى واعصاب أخرى متوزعة فى مقلة العين ومما ذكر يظهر ان طبيعة هذا المرض تنحصر فى ضمور استحالى أصلى فى الالياف العصبية وتكاثر تابعى فى المنسوج الخلوى المصاحب لها وزيادة اللون السنجابى للاحبال الخلفية من زوال الاعمدة العصبية وأما الالياف العصبية فلا تزول الابيط ولا توجد الخلايا الدهنية الا بقلة وأما سماكة الام الحنونة فهى هنا تابعية

(الانذار والسير) — هذا المرض خطر وسيره بطيء واعراضه لا تنتظم أحيانا فتارة تكون خفيفة وتارة شديدة وقد يحصل وقوفه بالمعالجة الا أن الانتهاء يكون خطرا عادة مهما

طالت المدة

(التشخيص) — هذا المرض تشخيصه اسهل وآكد من تشخيص باقي أمراض النخاع لانه يظهر بأعراض محدودة لاتوجد مجتمعة في غيره ولذا يجب تشخيص المرض في أول حصوله فاذا عرض على الطبيب شخص يتشكى بآلام في الاطراف السفلى حداربة كانت أومايشبهها وجب عليه البحث عن الفعل المنعكس لوتر الرضفة وعن حالة الحدقة فتى اجتمعت الثلاثة تحقق هذا المرض واذا وجد اثنان احتمل وجوده ونضيف الى ذلك شلل مقلة العين وازدواج النظر الوقتي ويجوز أن المرض يبتدئ بضمور في العصب البصري ولاننسى الاضطرابات الاخرى كالنوب المؤلمة المعدية واضطراب التبول والانتفاخ المفصلي فان وجودها مع الاعراض المذكورة يزيل الشك ومتى تقدم الداء حصل اختلال في الحركة فيختل المشي وتهيج المرضى عند ستر أعينها او تفقد الفعل المنعكس فهذه الحالة تحقق المرض

وقد يشتبه اختلال الحركة بامراض الفقرات التي ينشأ عنها آلام ناحسة أحيانا ويزول الفعل المنعكس للرضفة من الضغط الواقع على أصول الاعصاب ولكن تتميز أمراض الفقرات بالتغير الذي يوجد فيها وبكيفية سير المرض وغيبوبة الاعراض الاوّلية وهذا التمييز ينطبق أيضا على الاورام التي تتكوّن في مجاورة النخاع وأما اشتباه اختلال الحركة ببعض أعراض الالتهاب النخاعي اللطخي الاسكليروزي وببعض أحوال التسمم فضعيف لان تلك الامراض لاتصطحب بثبات الحدقة واضطراب التبول بل تصطحب بشلل ضموري في العضلات لايوجد في اختلال الحركة ويتميز هذا المرض أيضا عن الاختلال التبغي الذي يوجد عند الشغالين في التبغ وماشابهه بان في الاختلال التبغي ارتعاشا مخصوصا او زيادة فعل منعكس في الاطراف السفلى

(المعالجة) — يجب على الطبيب ان يستعمل الادوية فانها ان لم تشف المرض توقفه فاذا كان سبب المرض الداء الزهري وجب استعمال مضاداته التي سبق الكلام عليها ومتى عولج المرض في ابتدائه رجى فيه النجاح فان لم يحصل الشفاء حصل الوقوف وأما اذا لم يعالج الابعد حصول تلف في الاحبال الخلفية للنخاع فلا يؤمل النجاح لانه لايمكن تجديدها بواسطة

المعالجة واذا أريد المعالجة النوعية يستعان باستعمال الكهربائية والحمامات المعدنية والباردة فيمر تيار الكهربائية المستمر في النخاع ويكون سيره صاعدا الا أن التيار لايكون قويا ولايمكث مدة ولايوميا ويوضع أحد القطبين في محاذاة العقدة العليا للعظيم السنباتوي والقطب الثاني في محاذاة النتوآت الشوكية للجهة المقابلة من العمود الفقري ثم يحرك القطب العلوي من أعلى الى أسفل ويلزم ان لايزيد زمن هذه العملية عن دقيقتين أو ثلاث وقد حصل منها نجاح في مضاربة الآلام الشديدة وفي ضعف المثانة واذا وجدت آلام في الاطراف يوضع أحد القطبين عليها والآخر على العمود الفقري وفي هذه الحالة يمكن استعمال الفرشة الكهربائية على الظهر مدة من خمس دقائق الى ١٠ ويداوم على استعمال هذه الوسائط قدر شهر ويلزم أن تستعمل المياه الباردة بطريقة منتظمة حتى تأتي بفائدة ولا ينبغي استعمال الحمامات الساخنة لانها مضرة كما ان الملاآت المبلولة لاتحدث فائدة وأما الحمامات الفاترة التي تعقب بتكبيس فانها تأتي بتحسين وأحسن الحمامات المستعملة الحمامات المعدنية مثل اينهوسن ريم وتيبلدس وولدباد ورجتس وحمامات حلوان الفاترة وأوصى باستعمال نترات الفضة بان يؤخذ منها قبل الاكل من سنتي واحد الى ٣ أو الى ٦ وبالارجوتين ويودور البوتاسيوم والفوسفور والزرنيخ الخ لكن يجب عدم موالاة استعمالها وقد استعمل أخيرا الشد العصبي خصوصا شد العصب الفخذي لكن لم ينتج عن ذلك تحسين مستمر فضلا عن حصول الخطر منه أحيانا ونضيف الى ذلك المعالجة العرضية والوسائط الصحية ويجب على المريض ان يريح جسمه وعقله من كافة الاشغال المتعبة لهما

(المبحث الثامن في الاستحالة الضمورية للجهتين الجانبيتين للنخاع)

هذا المرض يعرف بالاسكليروز الجانبي وأول من شرحه شاركو سنة ١٨٦٩ وهو يتصف باستحالة في جميع أوجزء المنسوج العصبي للاهرامات ويصحبه ضمور النوايات العصبية للنخاع المستطيل ولكون سببه مجهولا ينسب حصوله لكثرة التعب الجسماني والشبان والكهول عرضة له أكثر من غيرهما كما أن الرجال عرضة له أكثر من النساء

(الاعراض والسير) - اعراض هذا المرض الاكلينكية مميزة له لانه يبتدئ باحد الذراعين فتضجر المرضى من الشغل وتعب بسرعة و يضعف احدى الذراعين أولا ثم الثانية وتضمر بعض العضلات وتخف شيأفشيأ وبعد نصف سنة أو سنة تصاب الاطراف السفلى فيصعب المشى و يصير غير مؤكد وأحيانا تصاب الاطراف بارتعاش بلا سبب ظاهر ولو بحث عن المريض حينئذ لوجدان المرض تكون وان الاطراف العليا أصيبت بضمور عضلى واضح كثير الامتداد و يكثر وضوحه فى ارتفاع تينار ثم فى العضلات بين العظام المشطية ثم فى العضلات الخلفية للساعد وأما العضلات القابضة لليد والاصابع فتمكث مدة بلا اصابة ثم تضمر العضلة ذات الرؤس الثلاث العضدية ثم العضلة الدالية ثم ذات الرأسين ثم عضلات الكتف ولذا تقل حركاتها شيأفشيأ والانقباضات التى تحصل من تأثير الكهربائية تبقى فى الالياف الباقية مدة وقوتها تتعلق بكمية العضل السليمة وأخيرا تحصل الاستحالة فى الالياف العضلية الباقية واذا بحثنا عن تأثير الفعل المنعكس للاوتار نجده من أول الامر زائدا فيكفى لحصوله قرع خفيف على ذات الرأسين وذات الثلاث رؤس وعلى أطراف عظام الساعد وهذه علامة مهمة فى التشخيص لعدم وجودها فى الضمور العضلى الساعى

وتوجد هذه الظواهر المرضية فى الاطراف السفلى بعد وجودها فى الاطراف العليا مبتدئه بضعف العضل ثم يحصل خمودها بدرجة خفيفة فتصير الاطراف متينة ذات مقاومة عضلية شديدة الا أن القوة العضلية تتناقص فيوجد خدر واضح فى الساقين بغير شلل تام وفى كل حال يزيد اضطراب الحركة شيأفشيأ وهذا يرتبط بتزايد الفعل المنعكس الوترى والمشى يستمر مدة مع المشقة ويحتاج لجهود زائد وتكون الخطا قصيرة ويجذب المريض ساقيه وأما الاحساس والفعل المنعكس للجلد ووظائف التبول والتغوط فتبقى طبيعية وهذه التغيرات الشاملة للضمور العضلى ولزيادة تأثير الفعل المنعكس ولخدر الاطراف السفلى وثقل حركتها تمكث من سنة الى سنتين وقد تمتد التغيرات الى البصلة وذلك فى الدور الثالث من المرض وحينئذ يثقل الكلام شيأفشيأ ويتعسر الازدراد و يحصل ضمور فى الشفتين ثم فى اللسان وأما الاحساس هنا فيبقى على حالته الطبيعية ويمكن حصول الفعل المنعكس فى العضلات

المضغية اذا قرع على الفك السفلى

(التشريح المرضى) - فى الاحوال المستوفاة للاستحالة الجانبية للنخاع نجده مصابا باسكليروز فى سبيل الاهرامات مع ضمور عظيم فى الخلايا الكبيرة العقدية المقابلة الكائنة فى الجوهر السنجابى للاعمدة المقدمة خصوصا فى جزئها الجانبى وهذه الاستحالة الهرمية لا توجد الا فى الاحبال الجانبية ويجوز ان تمتد الى الاحبال المقدمة فيصاب منها واحد أو اثنان معا بالاستحالة واذا قطع النخاع قطعا مستعرضة شوهدت الاستحالة فى سمك النخاع عرضا أو ممتدة فى طوله فاذا ابتدأت بالجزء السفلى من النخاع القطنى أمكن صعودها الى اهرامات النخاع المستطيل وأحيانا تصل الى الحدبة المخية والخاد المخ وتسير حتى تصل للمنطقة الباطنة وقد تمتد الى ان تصل الى تعاريج المخ كما أبان ذلك شاركو

فمما سبق يعلم ان هذا المرض آفة منعزلة كثيرة الامتداد أو قليلته شاغلة لطريق توصيل الحركة التى تمتد من المركز الى الدائر مصحوبة بتغير ضمورى استحالى فالالياف المريضة تضمر واحدة بعد أخرى ولا يعلم الى الآن اتجاه المرض وابتداؤه وانما نعرف ان هذه الالياف تصيب القرون المقدمة السنجابية والنوايا العصبية الكائنة فى النخاع المستطيل ويتصف حينئذ بزوال الالياف العصبية وبزيادة المنسوج الخلوى الخلالى وأما تغير الاوعية فثانوى

(التشخيص) - يكون سهلا بمعرفة اعراض المرض وسيره المنتظم والضمور العضلى وزيادة تأثير الفعل المنعكس الوترى وغيبوبة اضطراب الحساسية واضطراب التبول وظهور أعراض البصلة ولا يحصل الاشتباه الا اذا شغلت الاورام محال الاسكليروز الجانبى لكن بسير المرض وسوابقه يزول كل شك

(الانذار) - هذا المرض غير حميد ولو كان سيره بطيئا وانتهاؤه محزن اذ لم يحصل الشفاء الا فى بعض أحوال عند الشبان

(المعالجة) - أحسن شئ يستعمل فى هذا المرض هو الكهربائية مع المداومة عليها والمواظبة

(المبحث التاسع فى الضمور العضلى الساعى الشوكى)

هذا المرض لم يشرح قديما شرحا وافيا لاشتباه اعراضه بأعراض أخرى وقد توصلوا الآن الى شرحه شرحا وافيا لما دققوا النظر وعرفوا أعراضه الاكلينيكية وتشريحه المرضى وهو مرض يتصف بضمور استحالى ليس فى العضلات فقط بل فى الالياف العصبية المحركة الدائرية وفى الالياف المقدمة وفى الخلايا العقدية المحركة للقرون المقدمة للنخاع المرتبطة بهذه العضلات وهذا هو ما أوجب جعل هذا المرض ذا شكل شوكى ضمورى عضلى ساع وبالنظر لذلك يرى ان لهذا المرض مشابهة بالاسكليروز النخاعى الجانبى الضمورى الذى سبق ذكره أخيرا

(الاسباب والاعراض الاكلينيكية) – الاسباب الحقيقية غير واضحة وقد قيل انه يحصل عقب تعب شديد ولذا يصيب الذين فى أشغال شاقة كالطراقين والغسالين وبعضهم نسبه لاستعداد وراثى وللامراض العفنة والداء الزهرى

ويبتدئ هذا المرض غالبا باصابة الاطراف العليا خصوصا الذراع اليمنى وأحيانا اليسرى أو الذراعين معا وفى الغالب يبتدئ بارتفاع تينار أو تحت تينار ويصطحب باضطراب فى وظائفهما فهذا الضمور يصيب القصيرة المقربة للابهام ثم المقابلة ثم الكابة فيحصل تسطح أو تقعير فى ارتفاع تينار ويقرب الابهام من العظم الثانى للمشط (يد القرد) ثم يظهر ضمور العضلات بين العظام ظهورا معجلا أو مؤجلا ثم العضلات الدودية فتكتسب اليد شكل مخلب الطائر (كف رجله) ثم يمتد الضمور فى العضلات الاخرى من الذراع والصدر ويعقب ذلك اضطراب فى وظائف هذه العضلات فلا تتم وظائفها ويندر أن يصيب الضمور عضلات القفا ويحصل ضيق فى النفس عند اصابة الحجاب الحاجز وعضلات التنفس وأما ضمور عضلات الاطراف السفلى فلا يحصل الا متأخرا كما ان الانقباضات الكهربائية لا تحصل الا قليلا بالنسبة لما قل من الالياف العضلية وفى بعض الاحيان يصطحب الضمور العضلى باستحالة شحمية ولا يوجد فى الفعل المنعكس هنا تنبيه كما يوجد فى الاسكليروز الجانبى الضمورى وكذلك الحساسية تبقى على ماهى عليه ويندر ان توجد اعراض من جهة البصلة ووجودها لا يكون الا بعد سنين وتظهر معها العلامات المميزة لها

(التشريح المرضى) – التغيرات التى تشاهد فى هذا المرض توجد فى القرون السنجابية المقدمة لانها تصير رقيقة وتزول الخلايا العقدية كلها أو بعضها وما بقى منها يضمر والمنسوج الخلالى يستحيل الى ليفى رقيق أحيانا وتنتشر فيه خلايا عنكبوتية الشكل وأما الاحبال الجانبية والمسالك الهرمية فتبقى على حالتها الطبيعية وأما الجذور المقدمة والالياف المحركة والاعصاب الدائرية فتصاب بالاستحالة والالياف العضلية تضمر وترق وتبهت ويكثر فيها المنسوج الخلوى والشحمى وتحفظ حزوزها

(التشخيص) – تشخيص هذا المرض الاصلى غير صعب لكن يلزم تمييزه عن الضمور العضلى التابع للالتهاب النخاعى المنتشر فى ابتداء حصوله باصابة الاطراف العليا أولا وبكونه يشغل العضلات الصغيرة لليد وعضلات الساعد والعضد والكتف وبكونه يسمى بطءا ويغيبوبة اضطراب الحساسية للعواصر ويتميز هذا الضمور أيضا عن الاسكليروز الجانبى بسير الاسكليروز السريع وبزيادة تنبيه الفعل المنعكس فيه المتعلق باصابة الاحبال الجانبية

(الانذار) – هذا المرض خطر وان طالت مدته فان الموت يحصل اما بوجود مرض فى أثناء سيره واما بسعيه واصابته البصلة

(المعالجة) – لا ينجح هنا الا الكهربائية وقد تحصلوا على نتيجة باستعمال التكبيس وتمرين العضل المصحوب بالوسائط الصحية والمعالجات الاخرى تكون عرضية

(المبحث العاشر فى الشلل النخاعى التشنجى)

(الاسكليروز الاصلى للاحبال الجانبية)

أول من شرح هذا المرض (شاركو وارب) وهو يتصف بانه نوع خدل وشلل تدريجى يسمى بطءا من أسفل الى أعلى مصحوب بانقباضات ذات فعل منعكس وغيرها مع زيادة شديدة فى الفعل المنعكس الوترى وبغيبوبة اضطراب الحساسية وظواهر الضمور وباضطراب المثانة والمستقيم واعضاء التناسل والاعراض المخية وقد اتفق هذان المؤلفان على ان سبب هذا المرض التشريحى هو اسكليروز أصلى موازى بعضه فى الاحبال الجانبية للنخاع وهو يصيب الشبان والكهول

(الاعراض) — يتسلط فى هذا المرض عرضان وهما خذل فى الحركة وزيادة الفعل المنعكس الوترى فالاول يوجد فى الاطراف السفلى ويتزايد حتى يصير شللا تاما كثير الامتداد وأما الثانى فيحصل من أقل حركة فى الطرف الاسفل حتى من حركة الانبساط فعند تحرك الطرف بأى حركة يحصل توتر العضلات فيحدث عوقا فى حركتها لانها تصير متوترة متينة وتبقى دائما فى حالة انبساط مع انقباض فيتعسر انثناء الطرف ولا يتوصل الى ذلك الا بمشقة فينتج مما ذكر ان الحركات المتعددية تتعسر بسبب حصول تشنجات عقب الفعل المنعكس وتتقدم المرضى فى حال مشيها بصعوبة وخطواتها تكون قصيرة ويكون ارتفاع الطرف عن الارض عسرا وانثناء مفصل الركبة قليلا كأن القدم ملتصق بالارض ويوجد ميل للمشى على قمة الاقدام ولا يصل القدم الى الارض الا بسبب ثقل الجسم واضطراب الحركة وهذا يعبر عنه بالشلل الكاذب التشنجى أو بالخدل الكاذب وفى اثناء المشى بهذه الصفة يحصل صوت من قرع القدم على الارض ومع ماذكر فقد يحصل تنبيه فى الحركة وتحصل انقباضات سريعة أو بطيئة بدون ان تنسب الى فعل منعكس

(التشخيص) — بمعرفة ماسبق من شرح الاعراض لا يكون التشخيص هنا عسرا وأما مايختص بالتشخيص التشريحى فيلزم الدقة فى فعله لان من سير المرض تعرف العلامات التى تميزه عن الالتهاب النخاعى المستعرض وعن ضغط النخاع الظهرى وعن الاسكليروز المتعدد وعن استسقاء النخاع اذ لكل واحد أعراض تميزه (راجع ذلك)

(الانذار) — هذه الآفة خطرة كبقية أمراض النخاع ولا يحصل فيها تحسين ولا شفاء الا نادرا والظاهر ان المرض يقف مدة وانه لا يصطحب بألم ولا بسلس بول

(المعالجة) — يعالج هنا بما ذكر فى معالجة الالتهاب النخاعى المزمن والكهربائية أحسن علاج له وقد حصل نجاح باستعمال الحمامات الساخنة التى درجة حرارتها من ٢٦ الى ٢٨ ريمور والتى مدتها من نصف ساعة الى ساعة ونصف وقد استعملت نترات الفضة والارجوتين وتستعمل مضادات الداء الزهرى اذا احتمل وجوده

(المبحث الحادى عشر فى الالتهاب النخاعى المتعدد الحاد والمزمن)

هذا المرض يعرف أيضا بالشلل الشوكى للاطفال وبالالتهاب النخاعى الحاد لهم أيضا وأول

من شرحه هانى سنة ١٨٤٠ ثم بينه كل من ولبيان وشاركو ويوفور وغيرهما

(الاسباب والتشريح المرضى) — هذا المرض يصيب الاطفال وسنهم من سنة الى أربعة وهم فى صحة جيدة من عائلات كذلك وقيل ان للبرد تأثيرا فى حصوله وكيفية الاصابة به تدل على أنه ذو شكل حاد ناتج عن أصل عفن يصيب البنية أولا ثم يجتمع من موضع محدود من النخاع والاصابة به تكثر فى زمن الصيف وهذا يؤيد القول بانه ناتج عن أصل عفن ومجلس هذه الآفة يكون عادة فى جزء محدود من الجوهر الازرق السنجابى للجهة المقدمة من النخاع وفى الغالب تصيب القرن السنجابى المقدم لجهة واحدة ويجوز أن تمتد الى الجوهر الابيض والتغيرات تنحصر فى ضمور القرن المقدم لجهة واحدة فيستحيل الى منسوج متين مشتمل أحيانا على أوعية متمددة سميكة لا على خلايا عقدية طبيعية فاذا كان الشلل محدودا على طرف علوى كانت الاصابة فى العقد العنقية واذا كان فى طرف سفلى كانت الاصابة فى الانتفاخ البطنى واذا كان فى الطرفين كانت الاصابة فى القرون المقدمة ومتى حصلت الاصابة الالتهابية فى خلايا العقد المقابلة لمحل الاصابة أعقبتها استحالة ثانوية تمتد الى أصول الاعصاب المقدمة المقابلة ثم الى الاعصاب نفسها

فمما سبق نعلم ان شلل الاطفال يحصل بالطريقة المذكورة لكن قال بعض الاطبا انه يوجد نوع آخر يبتدئ بالاعصاب الدائرية

(الاعراض) — يبدو هذا المرض فجأة فتصاب الاطفال بحمى شديدة تصل الى ٤٠ أو ٤١ درجة مصحوبة بأعراض عمومية خطرة كألم فى الرأس والظهر والاطراف وضعف فى القوة العقلية وتنعس ثم تحصل أعراض مخية ثقيلة مع فقد فى القوة العقلية وانقباضات فى الوجه والاطراف زمنا فزمنا أو تشنج عمومى وقد تحصل نوب كلامبسيا وزوغان فى الاعين وانقباض وانحناء فى الرأس والاطراف وجميع هذه الاعراض لا تمكث الا زمنا قليلا أى من يوم الى اثنين وأحيانا تستمر أسبوعين وقد لا توجد جميعها وبعد ظهور هذه الاعراض يشاهد شلل كثير الامتداد بسرعة أو قليله فيصيب الساقين وحدهما أو مع الذراعين وقد يصيب جميع الاطراف مع عضل الجذع وهذا الشلل يمكث أو يزول ثم يعود ويمتد أكثر من الاول ومن الجائز أنه اذا زال يبقى فى طرف أو جزء منه والاكثر بقاؤه فى الساق خصوصا فى

العضلات الشاطية ويندر فى الذراع ومما يميز هذا الشلل انه بعد اسابيع يوجد ضمور فى العضلات المشلولة ويزداد شيأ فشيأ حتى يصل الى درجة زائدة وأحيانا أخرى يصطحب هذا الشلل الضمورى بتراكم موادد هنية تستر الضمور ومن صفات هذا الشلل أن تنبيه التيار الكهربائى لا يكون له تأثير على العضو المشلول بعد أسبوعين تقريبا وفى اثناء هذا المرض يحصل ارتخاء فى بعض المفاصل حتى ان الطرف يتيسر اتجاهه لاى جهة ويفقد الفعل المنعكس للاوتار من الاطراف المشلولة وكذا الفعل المنعكس الجلدى مع حفظ حساسيته ويحصل فى الابتداء اضطراب التبول ثم ينتظم ومتى استمر الشلل مدة تصاب العضلات المشلولة بانقباضات ثانوية ويكتسب الطرف السفلى اتجاها مخصوصا يعرف بالقدم الاعوج وهذا ناشئ عن انقباض العضلات الشاطية والقصبة المقدمة فيتكىء المريض على طرف قدمه المقدم ويحصل تغير مماثل لذلك فى الطرف العلوى أو الظهر

(التشخيص) — تشخيص شلل الاطفال الشوكى سهل متى عرفنا العلامات المميزة له كحصوله بغتة وانحناء الاطراف المشلولة واستصحاب الشلل بضمور وباستحالة شحمية وضعف تنبيه الفعل المنعكس مع حفظ الحساسية وحينئذ يتيسر تمييز هذا المرض عن آفات المخ وعن الضمور العضلى الوراثى وعن الشلل الشوكى التشنجى

(الانذار) — كثيرا ما يحصل الموت للاطفال عقب نوب تشنجية ومتى فات الزمن الاول من حصول المرض رجى شفاؤه الا أن شلل العضل الذى لم تتيسر معالجته فى الاسابيع أو الاشهر الاول يتعذر شفاؤه مدة الحياة

(المعالجة) — اذا تيسر أن يعالج المرض فى ابتدائه يؤمر بوضع المكمدات البادرة أو مثانة مملوأة بالجليد على الرأس وباستعمال حمام فاتر مع صب الماء البارد على الرأس فى الاحوال التى تكون الحمى فيها شديدة ومتى وجدت علامات احتقان المخ لزم فعل الفصد الموضعى ويعطى من الباطن المحولات المعوية كالزئبق الحلو من ٣ سنتى الى ٥ فى كل ساعتين أو ثلاث أو بعض منقوع السنا المكى ومتى حصل الشلل تستعمل الكهربائية أشهرا أو سنين فى كل جمعة ثلاث مرات أو أربع فيحصل منها نتيجة جيدة فيوضع الموصل الكهربائى على الجزء المريض من النخاع والموصل الثانى على الجزء المشلول ويستعمل هنا

التيار المستمر مدة دقيقتين أو ثلاثا ويستعان أيضا بالتمرين العضلى (كالجنباز) — وبالتكبيس والدلك بالكؤل الكافورى وبروح الخردل والاتير وتستعمل الحمامات القلوية والحديدية والاقامة فى محال الحمامات القلوية لاجل دوام استعمالها أحسن وتستعمل أيضا الحمامات الكلورورية الصودية الحضية كحمامات ريم ونوهيم وسودن الخ وأما استعمال الادوية الباطنية كيودور البوتاسيوم والاستريكنين فليس فيه نجاح ويمكن أن يستعمل الاخير من مللى واحد الى ٣ حقنا تحت الجلد واذا كان المرض قديما يستعان بتقوية المرضى

كان يظن فى الزمن السابق ان الشلل النخاعى الشوكى خاص بالاطفال لكن قد تبين من المشاهدات والتشريح المرضى أنه يصيب الكهول أيضا وهم فى سن الثلاثين واعراضه عندهم شبيهة بأعراضه عند الاطفال وقيل ان البرد له تأثير فى حصوله عندهم أيضا والرجال عرضة له أكثر من النساء

(المبحث الثانى عشر فى الشلل الصاعد)

قد شرح هذا المرض الاستاذ (لندرى) سنة ١٨٥٩ فوصفه وصفا اكلينيكيا بانه يحصل شلل فى الاطراف السفلى أولا ثم فى العليا ثم فى جملة عضلات تأتى لها الاعصاب من النخاع المستطيل وسير هذا الشلل سريع مع حفظ الحساسية وفعل المثانة والمستقيم وهذا المرض ليس له مجلس واحد وهو مميت فى معظم الاحوال ولم يعرف من البحث على المجموع العصبى سر السبب التشريحى المرضى له ويصيب كثيرا الشبان سليمى البنية وهم فى سن ٢٠ الى ٣٥ ويندر فى الاطفال والشيوخ والرجال عرضة له أكثر من النساء

(الاعراض) — يبتدئ هذا المرض بأعراض هجوم ككلل عمومى وحركة حمية وألم فى الرأس وفقد فى الشهية وأحيانا تحصل آلام فى الظهر والاطراف شبيهة بالنحس أو التمزق وبعد مدة تلزم المرضى فراشها مع حصول عرق غزير ثم يحصل خدل فى طرف من الاطراف السفلى ثم العليا وينتهى بشلل تام يصطحب باسترخاء والطرف المشلول يمكن تحركه بلا مقاومة وتبقى الانقباضات الكهربائية على حالتها الطبيعية وأما الانقباضات المغناطيسية فتقل ولم يثبت وجود استحالة شحمية هنا والافعال المنعكسة الوترية والجلدية تقل أو تزول

غالباوالاحساس يبقى محفوظاعادة وأحيانايتنوع أويزول ويتأخرفعل المؤثرات على الاعصاب وقدتوجد أوزيماخفيفة فى الساقين ويتصف الدور الاخير باضطراب فى التنفس و بأعراض تدل على تغير فى البصلة فيصير التنفس لهثياشاقاوتقل حركة الحجاب الحاجز شيأفشيأوتقل أيضارجات السعال ويحصل اضطراب فى الازدرادوالتكلم وشلل فى الشفتين وعضلات الوجه واضطراب فى عضلات العين وتسيرهذه الاعراض سيراحادا وتعقب الموت ومدةهذا المرض تكون من ثمانية أيام الى ١٤ اذا كان الانتهاء بالموت ويجوزأن يقف المرض فيأخذ الشلل فى النقص والاعراض تتنازل شيأفشيأالى ان ينتهى بالشفاء لكن لاتعود للمرضى قوتها الابعدمدة

(التشريح) - التغيرات التشريحية التى وجدت تدل على أن المرض ينسب لاصابة عفنة حادة مجلسها بالاكثر المجموع العصبى المحرك (ويستال) فقدوجد بعضهم بالبحث عددا كثيرا من الميكروب القشى شبيها بميكروب دم الطحال وبعضهم لم يثبت ذلك لديه وعلى كل حال يحتمل ان الاضطرابات العصبية هنا تكون ناشئة عن التهاب عصبى متعدد عفن وبعضهم وجد بابحاث تشريحية أخرى آثار التهاب نخاعى حاد فى الاجزاء المحركة له (الاحبال الجانبية والاعمدة الجانبية المقدمة)

(التشخيص والانذار) - شلل الاطراف السفلى المبتدئ فجأة والمصحوب بأعراض حمية يرشدنا الى حصول شلل حاد صاعد ومع ذلك يلزمنا ان نتبع سيرهذا المرض فاذا ظهرت الاعراض التى ذكرت حققنا التشخيص والافلا ويلزم علينا تمييزهذا المرض عن الالتهاب الحاد النخاعى المتعدد بمعرفة حالة الاحساس والألم وحالة الفعل المنعكس والتنبيه الكهربائى فى كل من هذين المرضين وأما الانذار فيكون محزنا اذا سارت الاعراض سيرا سريعا وحميدا اذا وقفت وآلت الحالة للتحسين

(المعالجة) - تعود المحولات بنفع اذا استعملت بسرعة وقد أوصوا بالحجامة الجافة من العمود الفقرى وباستعمال الكى بالحديد المحمى والدلك كل يوم بثلاث جرامات أو أربع من المرهم الزئبقى كما فى الداء الزهرى ويستعمل من الباطن يودور البوتاسيوم والارجوتين وتجب المبادرة باستعمال الكهربائية على الظهر والاطراف وعلى عضلات التنفس

والعصب الرئوى المعدى لمنع ضيق النفس ومتى ظهردورالوقوف استعين على الشفاء بالحمامات

(المبحث الثالث عشر فى أورام النخاع وغلافاته)

أورام النخاع نادرة الحصول وأكثرها وجودا هوالجيليوم الذى هو عبارة عن أورام مشتملة على كثير من الخلايا ومن المنسوج الوعائى وتتكون فيها خلوات ومجلسها بالاكثر النخاع العنقى والجزء العلوى من الظهر وقد تمتد الى غير ذلك ومن التكونات الجديدة للنخاع الدرن المنفردوالاورام الزهرية الخ وقدوجد فى سحايا النخاع أورام ليفية ودهنية ولايعلم سبب تكون هذه الاورام وانما شوهد حصول هذه الاورام الخلوية الوعائية (جيليوم) عقب تأثير باد على الظهر

(الاعراض والسير) - لايمكن شرح أعراض هذا المرض شرحا جامعا العلامات الاورام لانها تختلف بالنسبة لكل حالة وبالنسبة للمجلس والامتداد فاذا كان مجلس الورم السحايا حدث ضغط على النخاع وتحس المرضى بآلام متشعبة وخدروخدل الخ ثم تحصل ظواهر الضغط فيحصل شلل وفقد فى الاحساس يختلف مجلسه باختلاف مجلس الورم واذا كان مجلس الورم النخاع تقل اعراض تنبيه الاحساس وتأخذ اعراض التهاب النخاع المزمن فى الظهور شيأفشيأ ويتعذر تمييز أورام النخاع عن التهابه المستعرض وغاية مايقال ان الاضطرابات العصبية فى الاورام تحصل فى جهة واحدة وفى الالتهاب المستعرض تحصل فى جهتين وأحيانا ينشأ عن احتقان هذه الاورام زيادة ونقص الاعراض

وتشخيص هذه الاورام لايكون يقينيا كما ان معرفة طبيعتها تكون تقريبية وانذارها خطر ومدتها طويلة فقد تمكث سنين وانتهاؤها الموت على كل حال ومعالجتها لاتكون الاعرضية

(تذييل فى استسقاء النخاع)

قد يحصل تمدد فى قناة النخاع وتجمع سائل فيها يكون استسقاء النخاع ويجوز أن يكون تجمع ذلك عيبا فى نمو النخاع (ليدن) كما يجوز أن الضغط الواقع على البطين الخلفى للمخ الناشئ عن

ورم يكون سبباله (لنجان) بسبب تراكم السائل فيه وكذا بعض آفات أخرى تصيب النخاع فتكون سبباله

ويحدث عن هذه الحالة أعراض مختلفة وأما التمدد الخفيف لقناة النخاع فلا يحدث اعراضا ومتى زاد عن ذلك حدث ضغط على جوهر النخاع فيؤثر هذا الضغط على القرون الخلفية أكثر من المقدمة فيحصل اضطراب يتصف بخذر عمومى ومدة هذا المرض طويلة ومعالجته عمومية

(المبحث الرابع عشر فى الاستسقاء الشوكى)

(المعروف بالقيلة النخاعية وبالقيلة السحائية)

ونعنى بهذا المرض ان يوجد شق خلقى ناتج عن عدم تميم الخلقة فى الجزء الخلفى من اقواس الفقرات يخرج منه كيس مكوّن من الام الجافية يكون مجلسه عادة فى القسم العجزى أو القطنى ولا يبلغ حجما كبيرا يعوق الولادة بل الاطفال تولد به ولادة طبيعية ولا يحس به الا بعدها فحجمه يختلف من قدر البندقة الى قبضة اليد أو أكبر والجلد الذى يغطيه يكون طبيعيا أو متوترا أو محتقنا وهو يتكوّن من الجلد والمنسوج الخلوى تحته والام الجافية والحنونة ويندر ان توجد الام الجافية مشقوقة وهذا الورم الكيسى يشتمل على سائل مصلى وقد يمتد الى القناة المركزية للنخاع وحينئذ يكون جوهره ضامرا فى اتساع مختلف والاعراض التى تصاحب هذه الآفة هى وجود ورم متمدد اذا ضغط عليه زال جزء من متحصله فى القناة الفقرية فيضغط على ما يجاوره ويصحبه تمدد فى اليوافيخ وتنعس وتشنج عضلى واضطراب فى النبض والتنفس يلجى لمنع فعل هذا الضغط وقد يكون هذا الكيس منفصلا عن تجويف الام الحنونة ومتى مكث هذا الداء مدة حصل ضغط على النخاع وشلل وفقد فى الاحساس ومن الضغط تتكوّن خشكريشات واخيرا يحصل الموت فالانذار خطر

(المعالجة) — يعقب فعل العملية خطر والاحسن ان يفعل الضغط التدريجى والبذل والحقن اليودى لاجل غلق الكيس فقد توصل بذلك الى الشفاء ومع ذلك لا تخلو هذه الافعال من حصول التهاب خطر كالتهاب السحايا (راجع كتب الجراحة)

(تم الجزء الثامن و يليه الجزء التاسع فى أمراض الاعصاب الدائرية)

(فهرست الجزء التاسع فى أمراض الاعصاب الدائرية من الخلاصة)

صحيفة
٦٩ (الباب الاول فى اضطراب أعضاء الاحساس)
الفصل الاوّل فى فقد أو نقص الاحساس
٧٣ الفصل الثانى فى آلام الاعصاب على العموم
٨٠ الفصل الثالث فى الاشكال الخاصة بذلك
المبحث الاوّل فى آلام العصب التوامى الثلاث
٨٢ « الثانى فى الآلام العصبية المؤخرية
٨٣ « الثالث فى الآلام العصبية لقسم الضفيرة العضدية
٨٤ « الرابع فى الآلام العصبية بين الاضلاع
٨٥ « الخامس فى ألم الثدى (الالم العصبى لغدته)
« السادس فى الآلام العصبية لقسم الضفيرة القطنية
٨٦ « السابع فى الالم العصبى لعرق النساء
٨٨ « الثامن فى الآلام العصبية لاعضاء التناسل وقسم المستقيم
« التاسع فى الآلام العصبية المفصلية
٨٩ « العاشر فى الالم الرأسى المعتاد
٩١ « الحادى عشر فى اضطراب حساسية الشم
٩٢ « الثانى عشر فى سوء انتظام حساسية الذوق
٩٣ (الباب الثانى فى اضطراب الاعصاب المحركة)
الفصل الاول فى عموميات تتعلق بتكدرات الحركة
المبحث الاول فى اشكال الشلل على العموم
٩٥ « الثانى فى الاسباب العمومية لانواع الشلل
٩٦ « الثالث فى الاعراض العموميه
١٠١ « الرابع فى عموميات تتعلق ببحث و كيفية الافعال المنعكسة

صحيفة

١٠٥ المبحث الخامس فى عموميات تتعلق بتنوعات قابلية التنبيه الكهربائى فى الاعصاب المحركة والعضلات

١٠٦ الفصل الثانى فى الاشكال الخصوصية للشلل الدائرى

المبحث الاول فى أنواع شلل عضلات العين

١١١ « الثانى فى شلل الفرع المحرك للتوأمى الثلاث

« الثالث فى شلل العصب الوجهى

١١٣ « الرابع فى شلل الاطراف العليا

١١٦ « الخامس فى شلل الحجاب الحاجز

« السادس فى شلل الاطراف السفلى

١١٨ « السابع فى الشلل الناتج عن التسمم

١١٩ « الثامن فى التيبس التشنجى

١٢١ « التاسع فى تشنج عضلات العنق والقفا

« العاشر فى شلل الاطراف السفلى

١٢٤ « الحادى عشر فى الالتهاب العصبى الاستحالى البسيط والمتعدد

١٢٦ « الثانى عشر فى أورام الاعصاب الدائرية

١٢٧ « الثالث عشر فى أمراض أعصاب الاوعية

١٣٠ « الرابع عشر فى الصداع (الشقيقة)

١٣١ « الخامس عشر فى ضمور نصف الوجه الساعى

١٣٢ « السادس عشر فى الغوطر الجحوظى

(تمت)

(الجزء التاسع)

(فى أمراض الاعصاب الدائرية)

هذه الامراض تنحصر فى اضطراب أعصاب الاحساس واضطراب أعصاب الحركة

(الباب الاول فى اضطراب أعصاب الاحساس)

وهو يشتمل على فقد أونقص الاحساس وعلى زيادة تنبيهه فى تميم وظيفة العصب الحساسى وهذه الزيادة تحدث آلاما عصبية

(عموميات)

(الفصل الاول فى فقد أونقص الحساسية)

(الاسباب العمومية لتولد المرض) - يحصل بسبب بعض الامراض انقطاع توصيل الاحساسات فى جميع النقط التى توجد فيها التأثيرات الحسية من ابتداء الاعضاء الدائرية القابلة للاحساس لغاية الطبقة القشرية واذا يحصل فقد الحساسية أونقصها فى الجزء المقابل لها من الجلد وعلى حسب مجلس النقط التى انقطعت عنها مواصلات الحس ينقسم فقد الاحساس الى دائرى وشوكى ودماغى

أما الدائرى فمن المعلوم أن الاعصاب الدائرية المختلطة تنقسم قبل دخولها فى النخاع الشوكى حتى أن مجموع الخيوط الحساسية يدخل فى المحور الشوكى بواسطة الجذور الخلفية ويدخل جزء من الياف ثلاث الجذور مباشرة فى جوهر القرون السنجابية الخلفية وجزء آخر باتجاهه نحو الميزاب المتوسط يدخل فى الجزء الوحشى من الحبل الخلفى أعنى فى قسم المناطق الجذرية أوفى الحزمة المسماة بحزمة الاحبال الخلفية ومن الجذور الخلفية عند صعودها مبتدئة من القسم القطنى الى النخاعى تتصل الياف جديدة وهى الاحبال الخلفية للمحور النخاعى فينشأ من ذلك أن الالياف التى تدخل فى الجزء السفلى من النخاع تكون عند صعودها مندفعة الى الانسية وبناء على ذلك تكون هذه الالياف المرتبطة بالياف النخاع القطنى والتابعة للاعصاب الوركية والفخذية الخ بوصولها فى الجزء الظهرى والعنق للنخاع

شاغلة الجزء الانسى للحبل الخلفى المسمى بحبل (جول) وحيث ان معظم الاستطالات المختلفة للجذور الخلفية منوط بتوصيل التأثيرات الحسية نرى أن الجزء الاعظم من الالياف الحساسة للجذور الخلفية يدخل مباشرة فى الجوهر السنجابى للقرون الخلفية ولذا نقول ان الحزمة الاساسية للاحبال الخلفية تصلح لاداء وظائف أخرى والذى يحملنا على هذا القول هو مانشاهده فى الحالات المرضية الشديدة لاحبال (جول) التى تكون خالية اثنا الحياة من كل خلل يلم بالحساسية فى جهة الاطراف السفلى وأما الامراض التى تصيب القرون السنجابية الخلفية فتكون مصحوبة دائما باضطرابات فى الحساسية وهنالك أمر مقرر ثابت وهو ان الالياف الحساسية بعد دخولها فى النخاع تتصالب كلها أو معظمها مع بعض بحيث أن الالياف التى تأتى من النصف الايمن للجسم تتبع فى سيرها الصاعد النصف الايسر للنخاع والعكس بالعكس وأما ممر الالياف الحساسية من الخلف فى وسط النخاع المتوسط والحدبة الخلفية وعلاماتها بالكتل السنجابية فلم ندرك حقيقة كنهه ومع ذلك فالظاهر بل المحقق ان الخيوط الحساسية فى اتجاهها نحو الدماغ لاتمر بالقاعدة بل تمر بالطبقة العليا من القوائم الدماغية وهنالك تدخل هذه الخيوط فى المحفظة الانسية

وأما الاسباب الخاصة بفقد الحساسية فهى اصابة الاعضاء الدائرية للاعصاب الجلدية الحساسية بما يجعلها قابلة للتنبيه وبرودة الجلد بعد تأثير الأثير الموضعى وما أشبهه من الجواهر وبعض الحوامض والقلويات الكاوية وبعض الادوية المخدرة كالكوكايين والمورفين والاتروبين فيشاهد فى هذه الاحوال فقد الحساسية الجلديه وتكون مرتبطة بتغيير فى الاعضاء القابلة للتنبيه من الاعصاب الحساسة ومن ذلك مايشاهد كثيرا عند المشتغلين بالحرف الذين يقصرون اكمام ثيابهم فتكون أيديهم وسواعدهم معرضة للبرد طول النهار وينسب فقد الحساسية المتعلق بتغير فى الدورة الجلدية الى اصابة تلك الاعصاب أيضا وذلك مثل انيميا السوّاس التى تظهر أحيانا فى الايدى بسبب الانقباض التشنجى للشرايين الصغيرة ومن الاسباب أيضا التهابات الاعصاب وفسادها

وأما فقد الاحساس الشوكى فكثير الحصول فى أمراض النخاع الشوكى خصوصا فى الالتباس الظهرى الذى يصيب الجذور والاحبال والقرون الخلفية للنخاع لكن يشاهد

غالبا فى الالتهابات الحادة والمزمنة للنخاع الشوكى والانضغاطات والتولدات للمحور الشوكى وعلى كل حال فان فقد الحساسية هنا يكون جانبيا مزدوجا وهنالك رأى شائع وان لم يثبت ببرهان صحيح وهو ان الجوهر السنجابى للنخاع هو الموصل الرئيس للتأثيرات المؤلمة والجوهر الابيض للاحبال الخلفية هو السبيل الذى تتبعه التأثيرات اللمسية وحينئذ يقال اذا طرأت حالة فقد احساس بالتأثير المؤلم انه حصل تنويع فى الجوهر السنجابى

وأما فقد الاحساس الدماغى فيشاهد خصوصا فى الانزفة والليونات الدماغية البورية والاورام التى فى الاجزاء الخلفية من المحفظة الانسية ومع ذلك فمن البين ان توصيل الاحساس قد ينقطع داخل الدماغ فى أى محل من ممر الالياف الحساسية واذا أصاب هذا النوع نصف الجسم المقابل لآفة الدماغ يقال لهذه الحالة عدم الحس فى نصف الجسم والتأثير المعدم للحساسية الناشئ عن بعض الادوية كالكلوفورم وغيره لايؤل الا لمثل تأثير هذه الادوية على المجموع العصبى المركزى

ومن الفواعل الحسية مايشاهد غالبا عند حصول الامراض العفنة الحادة كالتيفوس والدفتيريا وغيرهما من حدوث فقد الاحساس الذى لم يعلم الى الآن منشأه ان كان من الاعصاب الدائرية أو المركزية وقد ذكر بعضهم ان فى الدور الثانى من الزهرى يحدث فقد احساس مخصوص مقتصر على ظهر اليد والصدر وتكون الاجزاء المصابة بها شبيهة بجزرات صغيرة وينذر ان تمتد وتشغل سطحا متسعا وهذه المسئلة على مانرى لم تشفع الى الآن بما يؤيد حقيقتها وأيضا قد يحصل فقد الاحساس فى الجذام

(الاعراض) — تحس المرضى من نفسها بعدم الحساسية وترى ان بعض محال من الجسم صار لايشعر بضغط الملابس ولا بثقل الغطا وأول مايظهر ذلك بالايدى فتقع الاشياء منها بلا شعور وقد لا يعرف فقد الحساسية الا بواسطة النظر الدقيق الذى هو الوسيلة لتعيين شدة المرض وامتداده فيجب تدقيق النظر فى الغلاف الجلدى بحسب ماتوضح سابقا لان بعض المصابين قد لايشعرون بالمرض ولو كان شديدا متسعا

وقد يحدث هذا المرض بعض الاحساسات الوهمية غير الطبيعية فى بعض محال من الجلد فتشعر المرضى باحساس ملمس أملس أو ذى زغب أو نحوه وتشكو بنخس وتنميل وما أشبه

ذلك وقد تصير المناطق العديمة الحس مراكز لآلام حادة متى حصل أثر مهيج غير طبيعى على العصب الحساس فى ممره من الدائرة الى المركز بعد النقطة التى تنقطع فيها قابليته للتوصيل وبقطع النظر عن عدم الحساسية قد تحصل شذوذات فى الحركة والافعال المنعكسة وكذلك تكدرات فى الاعصاب المحركة للاوعية

ويحسن بنا ان نذكرهنا الاضطرابات الغذائية التى تظهر أحيانا فى الاجزاء العديمة الحس ولابد ان نرجع غير مرة للخصوصيات المتعلقة بهذه الظواهر ونقتصر الآن على ان الاضطرابات الغذائية لا تتعلق بعدم الحساسية بل تتعلق بآفة مصاحبة للاعصاب الخصوصية الغذائية والمحركة للاوعية اذا كانت ناشئة عن الاضرارات الخارجية الواقعة على المواضع العديمة الحس ولم تستشعر المرضى بها فى الوقت اللازم ولا يمكن اجتنابها ويوجد فى الاجزاء العديمة الحس جروح جسيمة وحروق وخشكريشات تأخذ فى التكوين والالتهاب ولا يشعر بها المريض الا بعد ان يزداد خطبها وأما الحركات الارادية فلا تعوق بعدم الحساسية مطلقا مادامت الحركات تحت مراقبة حاسة الابصار لكن متى أصاب عدم الحساسية (والعيون مغلقة) الاجزاء الباطنة كالعضلات والمفاصل وكذا الغلاف الجلدى فلا تكون الحركات حينئذ مؤكدة وأحيانا قد يؤثر عدم الحساسية الجلدى المتسع المصحوب باصابة أعضاء الحواس على الدماغ الذى هو مجلس الحس ولقد شاهدنا منذ سنين حالة غريبة من هذا المرض وهى اصابته كل الجسم مع عمى وصمم فى جهة واحدة فكنا نحجب المريض عن جميع المنبهات التى تقع على الحواس الظاهرة بسد عينه واذنه السليمتين ونتوهه فى كل مرة نوما شديدا

ولا نطيل الكلام هنا بذكر اشكال هذا المرض وامتداده لاننا سنذكرها عند ذكر الامراض التى تحدثها

أما سير المرض ومدته والحكم على عاقبته فيعلمها الطبيب بحالة طبيعة المرض الاساسى (المعالجة العمومية) — حيث ان هذه الحالة ليست الا عرضا لمرض آخر فن البين ان المعالجة أولا لا تكون الا للمرض الاصلى ولذا نذكر هنا الادوية التى يفتقر اليها اذا كان السبب مجهولا أو غير قابل للعلاج فالعلاج الرئيس هو التيار الكهربائى بان يسلط هذا التيار أو الفرشة

الكهربائية على الجلد بمدة من دقيقتين الى ٤ فيرى فى بعض الاحيان تحسين بعد مرور هذا التيار وبذلك قد يشفى المرض فى مدة يسيرة ويؤمر المريض بدلكات منبهة على الجلد كالكؤل الكافورى وعصير الخردل وغيرهما ثم يؤمر بحمامات ودوشات موضعية باردة أو حارة مع دلكات جلدية أما الادوية الباطنية فمشكوك فى تأثيرها وقد مدح بعضهم الجوز المقيئ وصبغة حشيشة الهرو ووقاية الاجزاء المصابة من التأثيرات الخارجية وفى حالة اصابة العصب التوأمى الثلاث بهذا المرض يجب الالتفات لوقاية العين بقدر الامكان بان يطبق جفناها انطباقا محكما حذرا من هجوم الالتهاب الشال للاعصاب

(الفصل الثانى فى آلام الاعصاب على العموم)

من المعلوم أن كل ألم فى الاعصاب ينشأ عن تنبيه غير طبيعى فيها والصفات المميزة لذلك تنحصر فى (أولا) — أن الالم يدرك على مسير الاعصاب وفى القسم المتوزع فيه جذع أو جذوع أو فريعات عصبية معلومة (ثانيا) — أن تكون هذه الآلام شديدة (ثالثا) — انها لا تكون دائما مستمرة بحالة واحدة بل يحصل فيها انحطاط أو انقطاع واضح وفى بعض الاحوال تظهر بشكل نورانى حقيقى حادث بسبب أحوال معينة لا يعرف سببها الظاهرى (الاسباب) — كثيرا ما توجد الآلام بلا سبب معلوم وقد تكون هناك أمور تارة تعتبر أسبابا مباشرة وتارة أسبابا مهيئة ومع ذلك لا تدرك فى هذه الاحوال الكيفية الحقيقية فى التولدات والطبيعة الاصلية للاضطراب الذى يطرأ على الاعصاب وغاية ما نفرضه أنها ربما تنشأ من تغيرات التهابية خفيفة فى الجذوع العصبية واحتقان دموى وارتشاح وأوزيما ومن الاسباب المهيئة التى وقفنا عليها فى المشاهدات الاكلينيكية للآلام العصبية ما سنذكره وهو

(أولا) — السن — تحدث الآلام العصبية عادة فى الزمن المتوسط من الحياة وقد تصيب المتقدمين فى السن وتندر عند الاطفال

(ثانيا) — النوع — للنوع نصيب من التأثير فى احداث بعض الاشكال فمثلا الالم العصبى للتوأمى الثلاث يحدث عند المرأة أكثر منه عند الرجل وكذا الألم العصبى المسمى عرق النسا والألم العصبى العضدى وبعض أطوار الحياة للمرأة كطور البلوغ والحبل

والنفاس وانقطاع الحيض يساعد على الاصابة بالآلام العصبية

(ثالثا) — استعداد الشخص الوراثى له أهمية فى حدوث هذا المرض كما يحدث عند الذين هم عرضة للامراض العصبية الاخرى أو الذين ظهرت فى أهاليهم أمراض عصبية مثل أمراض العقل والصرع والاستيريا والضعف البصرى

(رابعا) — يظهر ان لحالة البنية لها تأثير هنا أيضا اذ كثيرا ما شوهدت الآلام العصبية عند المصابين بالانيميا والذين انتهكت قواهم من الاشغال الجسمية والعقلية والانكباب على الملاذ البهيمية والانفعالات النفسية

أما الاسباب المحدثة لهذه الآلام فكثيرة منها البرودة كتأثير تيار الهواء والريح والرطوبة ولا نعلم كيف يكون تأثير البرد وان اتفق المؤلفون على القول بانه بسبب البرد تحدث فى العصب مباشرة أو بطريق الانعكاس تغيرات خفيفة تشريحية التهابية ومنها التأثيرات الميخانيكية والجرحية فكثيرا ما تنشأ الآلام العصبية الشديدة بسبب ادخال جسم غريب فى جذع عصبى كشظية عظمية فى حالة العملية الجراحية ونحو ذلك وتنشأ أيضا عقب الاورام العصبية الحادثة من عملية البتر ومن هذا النوع تأثيرات الامراض التى تصيب الاجزاء المجاورة للاعصاب والتى تضرها ضررا ميخانيكيا وذلك مثل أورام العظام والسمحاق فان هذه الاورام تحدث آلام الاعصاب المارة فى العضلات أو الميازيب العظمية وقصارى القول ان الآلام العصبية تنشأ من ضغط الاورام خصوصا الوعائية على الاعصاب المجاورة وليس كل ضغط يقع على الاعصاب ينشأ عنه ألم عصبى دائما اذانه فى الآلام العصبية الحاصلة عن الضغط يظهر تغير متوال مخصوص بجوهر العصب والوقوف على الروابط التى بين بعض الاحوال التسممية وبين ظهور الآلام العصبية من الاهمية بمكان ومن الجائز ان كثيرا من الآلام العصبية ذات المنشأ الذاتى ينسب لاسباب عفنة خصوصا فى الآلام العصبية بين الضلوع المصحوبة بطفح جلدى وفى كثير من الآلام التى تصيب العصب التوأمى الثلاث ومما يهم ذكره الآلام العصبية الآجامية التى تنشأ مباشرة عن التسممات الآجامية وتعرف حقيقتها بمعالجة نوعية (الكينين) وقد شوهد بعض الآلام العصبية عقب أو اثناء التيفوس والجدرى وغير ذلك من الامراض العفنة الحادة وكذا فى الدور

الثانى من الزهرى ومن الجواهر السامة ما يكون سببا فى تولد الآلام العصبية كالرصاص والنحاس والزئبق والكؤل وكثيرا ما ضوعفت بعض الامراض كالنقرس والديابيطس السكرى بآلام عصبية تكون مرتبطة ارتباطا قويا بالمرض العمومى ولذا تسمى بالآلام العصبية العرضية وأما الآلام العصبية الاصلية فتنشأ عن ألم عصبى أصلى فى ذات العصب وقد تظهر آلام عصبية فى الاعصاب البعيدة عن الاعضاء المصابة كما فى بعض أمراض اعضاء التناسل ويطلق عليها حينئذ اسم الآلام العصبية المنعكسة

(الاعراض العمومية) — تبتدئ نوبة الآلام العصبية تارة بطريقة ميخانيكية وتارة تسبق ببعض اعراض هجوم كالاحساس بالبرد والنخس والالم الخفيف وتشتد هذه الآلام فى مدة النوبة وتوصف تارة بآلام محرقة أو واخزة وتارة تقارن بآلام ممزقة سريعة الزوال وأحيانا تنقطع بانحطاطات وقتية والموضع الذى يكون مجلسا للالم يقابل بالضبط الموضع الذى يكون فيه العصب مريضا حتى ان المريض يمكنه ان يبين السير التشريحى لاعصابه وعندما تكون النوبة فى درجة الشدة القوية يتفق ان الالم يتشعع فى المنطقة العصبية المجاورة أو من المهيجات الخارجية كالهواء البارد وعند البحث يشاهد فى مبدئ الامر تكدرات فى الحساسية ويوجد فى المنطقة التى تحصل فيها الآلام عدم الحساسية ظاهرا قليلا أو كثيرا ويستشعر بذلك خصوصا فيما بين النوايات وعقبها مباشرة وكثيرا ما يصاب الجلد والاجزاء السفلى المماسة بنمو قوة الحساسية حتى ان بعض الاجزاء تكون شديدة الحساسية تتألم بحدوث أى ضغط وتسمى بالنقط المؤلمة ومن الجائز أن يكون فى العصب ذاته قابلية تأثير غير طبيعية بالنسبة للضغط وقد لا توجد فى كثير من الآلام العصبية

وقد تصطحب الآلام العصبية باضطراب فى الحركة وبالاحوال الشللية المصاحبة حتى انها تعتبر كضاعفات ناشئة عن آفة من الاعصاب المحركة ولذا لا توجد فى الآلام العصبية الاصلية العادية وفى مقابلة ذلك تكون اعراض قابلية التهيج المحركة التى تشاهد مع الالم العصبى تابعة مباشرة للالم ومعتبرة كانقباضات منعكسة ناشئة عن شدة التنبيه الواقع على الاعصاب الحساسة التى بين العضلات وبعضهم ذكر للاعصاب الوعائية المحركة اعراضا خاصة يتفق حصولها غالبا مع الآلام العصبية فيكون لون الوجه فى ألم العصب التوأمى

الثلاث فى شحوب زائد أو احمرار قانئ فى الجلد والملتحمة وقد يشاهد فى بعض الاحيان افرازات غير طبيعية كالعرق والدموع اثناء النوبة أو بعدزوالها ولانعلم ان كانت هذه الاحوال ناشئة عن تهيجات عصبية مباشرة أو منعكسة وقد تكون الاضطرابات الغذائية مختلفة ويشاهد فى مدة النوبة طفح انجرى أو حويصلات هربسية على ممر العصب المريض (طفح المنطقية) وقد تترك الآلام العصبية المتعاصية تغيراتها فى الجزء المتوزع فيه العصب المريض مثل التغيرات المستمرة فى المنسوجات كسقوط الشعر وضمور الجلد أو تكاثفه وزوال لون المنسوج الجلدى أو تلونه بالمادة السنجابية وبالجملة يشاهد فى اثناء النوبة بطء فى النبض وعدم تغير فى التغذية العمومية لكن فى كثير من الاحوال يقل النوم والتغذية حتى يؤل أمر المريض شيأ فشيأ الى اضمحلال البنية ولونه يكون شاحبا وجسمه ضعيفا وأحيانا تؤثر نوب هذه الآلام المتوالية على الحالة العقلية

أما السير العمومى لهذه الآلام فيختلف وظهور المرض يكون كما بيناه على شكل نوب منفصلة فى كل يوم مرة أو مرارا أو فى أزمان متباعدة كثيرا أو قليلا وتكون النوب منتظمة أو غير منتظمة ومدتها تستمر دقائق أو ساعات وفى الفترات بين النوب تكون المرضى فى صحة جيدة وقد تستمر عند بعض المرضى قابلية التأثير الجلدى وفى الغالب ان المرض لا يمكث الا أياما أو أسابيع وقد يمكث سنين ويكون غير قابل للتحسين وقد يشفى بعد سنين طويلة ولاشك ان المرض فى كثير من الاحوال يتعلق سيره باسباب عضوية كالاورام وأمراض العظام وأورام الاوعية وسنذكر كثيرا من الخصوصيات الخاصة بالحكم على العاقبة فى الآلام العصبية مع تشخيصها فى المباحث الآتية

(المعالجة العمومية للآلام العصبية) — لاتكون المعالجة الواقية من الآلام العصبية ناجحة الا بقدر ماتساعد على اظهاره الاحوال العارية الطارئة على البنية مثل الانيميا والاستعداد للامراض العصبية فانا بمعالجة هذه الاحوال نعالج السبب المانع من تقدم هذه الآلام ومن المهم أيضا ان يمنع بقدر الامكان عود الآلام العصبية لمن أصيب بها وأول قاعدة جديرة بالاتباع تقوية البنية حتى تصير قادرة على مقاومة التأثيرات الجديدة ومن انجح الادوية لذلك التغذية الملائمة مع الاقامة فى الهواء المطلق واستعمال الحمامات

البحرية والمياه الباردة والرياضة الجسدية والعقلية وعلى كل حال تلزم وقاية الجزء المصاب من الاسباب المضرة كالبرودة والتأثيرات الميخانيكية والاجهاد فوق الطاقة

ويلزم البحث بالدقة عن السبب المولد للآلام العصبية لاجل فعل الطريقة العلاجية الموافقة له فان استئصال الاورام واستئصال أثر الالتحامات واستخراج الاجسام الغريبة ومعالجة الالتهابات والامراض الزهرية والاورام الوعائية يعقب كثيرا نتائج حسنة اذا كانت هى الاسباب وفى كثير من الاحوال الاخرى يكون العلاج الموجه ضد المرض الاصلى غير ناجح لعدم معرفة السبب وفى الآلام العصبية الناشئة عن الانيميا وعن أمراض عصبية عمومية وعن الاستيريا يحسن استعمال المعالجة العمومية وذلك غير استعمال الادوية المضادة للآلام العصبية مباشرة والمعالجة العمومية عبارة عن التدبير الغذائى مع مراعاة الشروط الصحية الى آخر ماتقدم وتستعمل هذه المعالجة أيضا فى الآلام العصبية المضاعفة بالديابيطس والنقرس والزهرى واذا ظهرت الآلام العصبية عند من سكنوا بقعة آجامية وأصيبوا بأمراض آجامية كان اعطاؤهم الكينين من جرام ونصف الى ثلاثة فى يوم مذهبا للنوبات العصبية وفى الاحوال التى لا يفيد فيها الكينين يعالج بالزرنيخ (سائل فوللر) ويجب أن يعادل السبب المرضى فى كثير من الآلام العصبية الناشئة عن التسمم بالرصاص وغيره وفى الاحوال التى لا يمكن فيها اجراء المعالجة السببية أو كانت غير كافية يجب ان تستعمل الوسائط المقابلة للعلامة المرضية والعرضية وتعالج الامراض الالتهابية للاعصاب بالمحولات كاللبخ الخردلية والدلكات المهيجة كعطر الخردل ويعالج بصبغة اليود والحراريق فى الاحوال الخفيفة ووضع الحراريق على ممر العصب أو خلف الاذن له تأثير جيد فى الاحوال الجديدة خصوصا الروماتزمية وللحديد المحمى فى الاحوال الخطرة خصوصا عرق النساء نفع جيد وعلى كل حال فأحسن الادوية التى ذكرت وأقواها نجاحا هو الكهربائية الموضعية ولكل واحد من المشتغلين بالآلام العصبية طريقة فى الاستعمال يفضلها على سواها ولكن الطريقة الشائعة هى

(أولا) — تأثير تيار كهربائى مستمر موجب يشمل معظم جذع العصب المريض خصوصا

الاجزاء أو النقط المتألمة ولابد ان تجتنب القوة الفجائية فى شدة التيار بان يستعمل شيأ فشيأ حتى يصل الى القوة المتوسطة ومدة العمل كل يوم لا تزيد عن ست دقائق

(ثانيا) – يستعمل فى آلام الاعصاب المستطيلة تيارات مستمرة نازلة أو صاعدة بان يوضع القطب الموجب على النقطة المركزية من الجذع العصبى أو على العمود الفقرى والقطب السالب على النقط الدائرية بالتعاقب

(ثالثا) – فى بعض الاحيان يحسن استعمال التيار الكهربائى فتكهرب الاعصاب بتيارات هذا النوع المتوسطة فى القوة ثم تأخذ فى النمو أو بواسطة الفرشة الكهربائية الفارادية التى تؤثر على الجلد المغطى للعصب المريض وهذه الطريقة وان شك فيها تأتى بنتيجة حميدة

(رابعا) – بعض المشتغلين بالكهربائية يفضل معالجة النقط المتألمة الكائنة على استطالة العمود بالتيار الموجب المستمر ومن الشروط المتفق عليها فى استعمال الكهربائية ان تبتدأ بلطف وتبصر زائد ولا يقوى التيار الا بالتدريج كما مر فبذلك تحصل الفائدة حالا وأحيانا لا تظهر الا بعد تكرارها فاذا لم يظهر التحسين بعد ذلك علم أنها لا توافق الحالة المرضية فيلزم حينئذ عدم استعمالها

وأما الادوية التى تعطى من الباطن فأشهرها الكينين ولا ينحصر تأثيره فى الآلام العصبية الآجامية فقط بل ينفع فى الاصلية أيضا اذا استعمل بالمقدار السابق وفى الاحوال الشديدة يزاد عن ذلك المقدار الى خمس جرامات فصاعدا وتأثيره فى آلام التوأمى الثلاث أكثر فائدة من الآلام الاخرى كعرق النسا وقد ذهب بعضهم الى نفع ساليسيلات الصودا فى الآلام العصبية وكذا الزرنيخ وبرومور البوتاسيوم ويعطى الزرنيخ على شكل حبوب أو سائل فوللر ثلاث مرات فى اليوم كل مرة خمسة نقط ثم يزاد بالتدريج وأما برومور البوتاسيوم فلا يؤثر الا بكمية كبيرة بان يعطى منه فى اليوم من ثلاث جرامات الى خمس بل الى عشر ومن الادوية أيضا الارجوتين بان يعطى من الباطن أو بالحقن تحت الجلد وزيت الترمنتينا وأوكسيد الزنك والبريانات الخارصين وصبغة خانق الذئب والفوسفور ويودور البوتاسيوم والحقن تحت الجلد بحمض الهيبيروسانيك من ٥ سنتى الى جرام فى محلول

يحتوى على واحد فى ١٠٠ وفى جميع الآلام العصبية لا يستغنى على المخدرات لاسيما المورفين اللازم استعماله فى مدة النوبة بالحقن تحت الجلد من ٥ مللى الى سنتى واحد ويكون الحقن به فى جوار النقط المتألمة ولا يحقن به عند المصابين بالتسمم المورفينى الذى نشأ عنه آلام عصبية الا بغاية الاحتراس والكثير من الاطباء لا ينسبون للمورفين التسكين فقط بل يقولون تحصل منه نتيجة حسنة مستمرة وقد شوهد حقيقة زوال أحوال خفيفة بسببه لا غير ومن الجائز أن يكون الشفاء حينئذ ذاتيا أما استعماله واستعمال المركبات الافيونية من الباطن فلا يعادل الحقن به فى سرعة النجاح وعلى كل حال لا ينبغى اعطاء آلة الحقن للمريض كما لا ينبغى الافراط منه حذرا من تعوده عليه ووقوعه فى مرض اشد

وأما وضع المراهم المخدرة من الظاهر والصب من الامور الشائع استعمالها فلا يجدى نفعا الا فى الاحوال الخفيفة وقد يستعمل الدهن بخلاصة الافيون من واحد الى ١٠ وخلاصة ست الحسن من اثنين الى ١٠ وكذا يستعمل من الظاهر الكلوروفورم مع زيت البنج اجزاء متساوية والأثير وكلوريدرات المورفين الذى أوصوا باستعماله فى الآلام العصبية المزمنة لماله من التأثير المنوم وبعضهم يمدح استعمال الاتروبين مستكابصفة حقن تحت الجلد ٥ فى ١٠٠٠ لغاية واحد فى ١٠٠ أو ثلاث فى ١٠٠ خصوصا فى الاحوال التى لا ينجح فيها المورفين وفى الاحوال الشديدة تحسن المعالجة الجراحية فيكشف عن العصب ثم يستأصل جزء منه بقصد منع اطراف العصب المقطوع من ان تنضم الى بعضها وقد نجحت هذه العملية نجاحا عظيما فى بعض الاحوال وذكر بعض المؤلفين أنها نجحت حتى فى الآلام العصبية الشاغلة لوضع مركزى ومع ذلك لا يشرع فيها الا فى الحالة الخطرة وقد استعمل بعضهم بدل القطع مدد العصب المتألم فنتج من ذلك فى بعض الاحوال نجاح وبعد أن تستعمل هذه الادوية ولم يحصل النجاح لا يقطع الامل من الشفاء بل يبشر المريض به دائما

وتستعمل الحمامات خصوصا فى معالجة الآلام العصبية المصيبة للاطراف لاسيما عرق النسا وسنتكلم على الحمامات والدلك عند ذكر بعض الاشكال الخصوصية لهذه الآلام

(الفصل الثالث فى ذكر الاشكال الخاصة بالآلام العصبية)

(المبحث الاول فى آلام العصب التوأمى الثلاث)

(الاسباب) ــ ألم العصب التوأمى الثلاث من الآلام العصبية التى عرفنا فى الفصل السابق أحوالها والاسباب المهيئة لظهورها وهو مرض عظيم الاهمية كثير الحصول قد يحصل بدون سبب مقبول وغالبا ينشأ عن البرد أو عن الآلام العصبية الناشئة عن الحالة الآجامية أو عن أمراض عظام الجمجمة وسمحاقها أو عن أمراض الاسنان كتسوسها وورمها وعدم انتظام نموها ووضعها وكذا عن آفات الجيوب الجبهية والانفية وعن أمراض الاذن المتوسطة وقد أبان (رومبرج) فى الالم العصبى الوجهى الخطر العضال ان السبب هو أنورزما السباتى الباطن الذى يضغط على عقدة (جاسير) وقد شوهدت حالة مشابهة لذلك وبالجملة فان التعب الشديد لعضو الابصار يساعد على ظهور هذا الالم

(الاعراض) ــ نوب المرض الدالة على الالم العصبى للزوج الخامس تكون عادة شديدة وفى الحالة الخطرة أشد وقد تحدث بذاتها أى بدون أن يثيرها سبب وأحيانا تحدث بأدنى سبب كالاغتسال والتكلم والحركات الجسدية والانفعالات النفسية وتنحصر الآلام فى فروع العصب التوأمى الثلاث غالبا وقد تتشعع فى القمحدوة والعنق والكتفين وأحيانا تشاهد انقباضات انعكاسية فى الوجه كتشنج الاجفان وحركات تشنجية فى زاوية الفم وتظهر اضطرابات الاوعية المحركة بشكل شاحب ابتدائى شديد وأحيانا تتبع باحتقان شديد فى الوجه والملتحمة ومتى وصل الالم العصبى للفرعين العلويين حصل افراط فى افراز الدموع وتندر مشاهدة توارد غير طبيعى فى اللعاب أو المادة المخاطية الانفية كما يندر ان يظهر حول الاعصاب المصابة وفى الملتحمة طفح هربسى ومنطقية جبهية وذكر بعضهم انه يحدث فى بعض الاحوال أمراض عينية خطرة وهى تابعة لقسم الرمد المشلل للاعصاب واذا مكثت هذه الآلام العصبية سنين حدثت اضطرابات فى التغذية أحيانا فتنشأ عنها تغيرات فى المنسوج الجلدى وما تحته ويشيب الشعر ويسقط من قسم الفرع الجبهى وقد علم مما تقدم ان هذا الالم يكون قاصرا على جملة فروع من العصب الوجهى أو فرع

واحد

واحد لكن لا يمتد فى جميع العصب وعلى حسب ذلك يقسم فيقال

(أولا) ــ الالم العصبى للفرع الاول (العينى) الذى يظهر غالبا على شكل ألم عصبى تحت الحجاج أو جبهى وفيه يحدث الضغط على محل خروج العصب من الثقب تحت الحجاج ألما شديدا وتندر مشاهدة نقط متألمة فى الانف أيضا وفى الزاوية الانسية للعين والحدبة الجدارية (ثانيا) ــ الالم العصبى للفرع الثانى (الفك العلوى) ويسمى أيضا بالالم العصبى تحت الحجاج لانه يشغل غالبا هذا العصب مع وجود ألم فى ثقبه وفى العظم الزوجى الشفة العليا (ثالثا) ــ الالم العصبى للفرع الثالث (الفك السفلى) الذى يكون مجلسه فى والعصب السنخى السفلى وقد تشاهد أيضا آلام عصبية فى القسم الصدغى واللسان وتكون نقطتها فى الثقب الذقنى

(السير) ــ سير الآلام العصبية للزوج الخامس مختلف على حسب الحالات والآلام اذ منها الخفيف والخطر والعضال وبالجملة فآلام الفرع الاول أخف من غيرها وآلام الثانى والثالث خطرة

(التشخيص) ــ تشخيص الالم العصبى لهذا العصب سهل فى الاحوال الواضحة بشرط ان يلتفت لتوزيع الالم وهجومه النوبانى والنقط المتألمة وأما بدون الالتفات لذلك وعدم البحث فقد يشتبه بالامراض الالتهابية للعظام والسمحاق وأمراض الاسنان والصداع وآلام الوجه

(الانذار) ــ تكون العاقبة جيدة فى الاحوال الحديثة وعند امكان تجنب السبب أما اذا كان المرض ناشئا عن آفة تشريحية لا يمكن نزعها أو كانت الحالة مزمنة فقلما تكون العاقبة جيدة

(المعالجة) ــ تؤسس المعالجة على القواعد المذكورة فى الفصل السابق ومتى علم السبب بالبحث عن آلام الفرع الثانى والثالث كامراض الاسنان وتسوسها وامراض الانف والجيوب الجبهية والاذن المتوسطة والآلام التى بينها وبين الالم العصبى رابطة فلا بد من استئصال ذلك كله ومما نخصه بالذكر من الادوية الكهربائية بان يجعل القطب الموجب على النقط المتألمة والقطب السالب على العنق مع استعمال الفرشة الكهربائية الفارادية

واستعمال الكينين وسائل فوللر والمخدرات يفيد فى الاحوال الخطرة ومتى كانت الآلام العصبية نوبية على حالة منتظمة كان للكينين نفع عظيم واذا لم يفد يستعمل الزرنيخ بكمية كبيرة فاذا لم يفد أيضا تستعمل الادوية الممدوحة فى الفصل قبله وأخص منها بالذكر البوتيل كلورال المائى (كروتون كلورال) ويعطى فى محافظ من سنتى واحد الى ٣ أو مركبا هكذا

بوتيل كلورال امائى	٥ الى ١٠	جرام
جليسرين	٢٠	«
ماء مقطر	١٢٠	«

ويؤخذ من هذا ملعقة شوربة أو جملة ملاعق فى كل ربع ساعة

ثم صبغة الجيلسيوم (الياسمين الامريكانى) تعطى من خمس نقط الى ٢٠ كل يوم مرارا والاصل الفعال لخانق الذئب يعطى بصفة حبوب من ٣ الى ٥ مليجرام فى اليوم وتعطى كبريتات النحاس النوشادرى مسحوقا أو بشكل حبوب من ٢ سنتى الى ٤ وقد رأى (تروسو) أن يعطى فى الاحوال الخطرة الافيون بكمية كبيرة تصل ثمانية جرام أو ١٢ فى اليوم وأحيانا قد تخفف النوبة أو تنقطع بالضغط على الشريان السباتى فاذا لم ينجح ذلك كله يستشار المريض فى العملية الجراحية

(المبحث الثانى فى الآلام العصبية المؤخرية)

من الآلام العصبية التى تظهر فى القسم الحساس التابع للاعصاب الاربعة العنقية العلوية الالم العصبى للعصب العظيم المؤخرى وهو كثير الحصول كبير الاهمية فى الطب العملى و بقطع النظر عن الاسباب التى تولد الآلام العصبية لابد من اعتبار امراض الفقرات العنقية العلوية كالتسوس والتولدات الجديدة وقد تصل الثورات المؤلمة هنا الى أعلى درجة فى الشدة وتكون عادة موضعية فى العصبين المؤخرين بحيث يكون الالم العصبى جانبيا مزدوجا ولو انه يكون دائما أكثر ظهورا فى احدى الجهتين والنقط المتألمة تكون غالبا فى وسط المسافة الفاصلة للنتوء الحلمى عن الفقرات العلوية وكثيرا ما تشاهد اضطرابات فى حركة الاوعية وسقوط الشعر

الانذار وهنا جيد اذا لم تكن الحالة مصحوبة بآفة خطرة تشريحية كالتهاب الفقرات ويعالج المرض باستعمال المهيجات الجلدية الشديدة فى العنق كالحراريق اذا كانت الحالة حادثة ومن الفعالة الحقن بالمورفين والتيار الثابت

وأما الآلام العصبية الاخرى التى تصيب قسم الضفيرة العنقية فهى نادرة وقد تظهر فى القسم المتوزع فيه العصب الصغير المؤخر وتنسب حينئذ فى الغالب الى الزهرى ويسهل شفاؤها بيودور البوتاسيوم وتظهر أيضا فى القسم المتوزع فيه العصب الكبير الاذنى والاعصاب فوق الترقوة وقد شرح بعضهم بعض آلام عصبية حجابية ينتشر فيها الألم على استطالة العصب الحجابى الى اندغامات الحجاب الحاجز ولكنه على كل حال قليل

(المبحث الثالث فى الآلام العصبية لقسم الضفيرة العضدية)

هذه الآلام نادرة الحصول دائما ولا تنحصر غالبا فى امتداد عصب واحد بل تصيب غالبا العصب الكعبرى والزندى أكثر من ان تصيب العصب المتوسط وقد شوهدت أيضا فى العصب العضدى الانسى الجلدى ومن الاسباب المولدة لها الجروح المختلفة التى تصيب الاعصاب وأثر الالتحام والاجسام الغريبة و يلحق بهذا القسم الامراض العصبية البثرية ومما يجدر اعتباره أيضا أنه بسبب الجروح التى تصيب الاصابع تظهر آلام عصبية عضدية شديدة يحتمل أن تتعلق بالتهاب عصبى صاعد وقد تنشأ بعض الآلام أيضا عن ضغط أعصاب الذراع مثلا لظهور أورام سرطانية فى حفرة الابط وانوريزما الاورطا وآلام روماتزمية وفى العادة يكون الالم متوزعا على ممر العصب لا موضعيا وتكون النقط المتألمة فى مستوى الضفيرة العضدية على ممر العصب الكعبرى أى فى الجبهة الوحشية من الذراع والعصب الزندى أى فى ميدان النتوء اللقمى الانسى والعصب المتوسط أى فى الحافة الانسية ذات الرأسين وعلى الامتدادات الجلدية للاعصاب وفى بعض الاحيان شوهدت اضطرابات فى حركة الاوعية والتغذية وهى حالة ضمور خصوصية فى جلد الاصابع وفى الاحوال الخطرة قد يوجد ضمور ظاهر فى جميع الذراع وليس التشخيص هنا فى العادة صعبا انما يلزم الالتفات حذرا من أن تشتبه هذه الآلام بأمراض المفاصل

(المعالجة) ـ تستعمل الادوية المعتادة السابقة كالمخدرات والمحولات والسيليلات

الصود فى الآلام العصبية الروماتزمية مع استعمال الكهربائية مثل ما تقدم وقد أتى استعمال تمدد الاعصاب بنتائج حميدة فى بعض الآلام الخطرة

(المبحث الرابع فى الآلام العصبية بين الاضلاع)

حيث ان الفروع الخلفية الظهرية للاعصاب الصدرية لا تصاب الا بحالة استثنائية فالآلام العصبية التى تصيب هذه الاعصاب تظهر تقريبا على حالة آلام عصبية بين الاضلاع فتصيب فى الغالب الاعصاب بين الضلوع الوسطى من ابتداء الضلع الخامسة الى التاسعة وقد تقتصر الاصابة على عصب واحد وقد تصيب عدة أعصاب ومجلس المرض يكون غالبا فى الجهة اليسرى

(الاسباب) — هذه الآلام تكون فى الغالب تابعة لآفات تشريحية خطرة وذلك كامراض الضلوع والفقرات (كالتسوس والاورام السرطانيه) وأمراض النخاع (كالاسكليروز والالتهاب السحائى الشوكى والاورام) وانورزما الاورطا وكثيرا ما تشاهد الآلام العصبية بين الضلوع أصلية فى مدة الشبيبة والدور الوسط من الحياة لاسيما عند النساء والبنات الانيماويات العصبيات وللآفات الجرحية للاعصاب بين الضلوع والتبريد شأن أيضا وتشاهد أيضا تلك الآلام منعكسة فى حالات أمراض أعضاء تناسل الانثى

(الاعراض) — الألم فى جميع ما تقدم قد يصل الى درجة شديدة و يزداد عادة بالحركات الممتدة للصدر ولذا تتجنب المرضى بقدر الامكان الشهقات الشديدة والسعال والتكلم بصوت مرتفع وغير ذلك والعادة أن يكون الألم فى ثلاث نقط فى العمود الفقرى وفى منتصف العصب وفى جانب القص أو بازاء العضلة اليمنى للبطن ومن الاضطرابات الغذائية يظهر الهربس المنطقى الذى يوجد كثيرا ويحتمل أن يكون ناشئا عن التهاب عصبى بين الضلوع والآلام قد تسبق بالطفح المنطقى وقد يقترنا وبعد شفاء الآلام قد يستمر الطفح وظهور المنطقية أحيانا بصفة وبائية وأحيانا بصفة وطنية يساعد على القول بان لها تأثيرا عفنيا ويدل لذلك ارتشاح العقد الليمفاوية المستمر المجاور للابط والحافة السفلى من العضلة الصدرية

وسير المرض يتعلق بسببه وأما الاصلى فيكون أحيانا متعاصيا وان كان انذار تلك الآلام على وجه العموم حميد والتمييز بين تشخيص الالم العصبى الاصلى للضلوع وبين أنواع الروماتزم العضلى والالتهاب البليوراوى فى ابتدائه ليس سهلا وحينئذ فالبحث الدقى وتعيين مجلس الألم والنقط المتألمة وسير المرض تساعد على سهولة التشخيص

(المعالجة) — تبنى المعالجة هنا على القواعد العمومية المذكورة سابقا فى الاحوال الحديثة تفيد الحراقات غالبا وتفعل المعالجة الكهربائية بواسطة الفرشة الفارادية أو التيار الثابت بجعل القطب السالب على العمود الفقرى والموجب على النقطة الجانبية أو المقدمة بحيث يكون التيار قويا بقدر الكفاية وفى الاحوال الخطرة يكون الحقن بالمورفين من الضرورى ويعالج الطفح المنطقى بالمراهم المضادة للعفونة أو بمسحوق أوكسيد الزنك ٥ جرام مع ١٠ جرام من النشا

(المبحث الخامس فى ألم الثدى أو الالم العصبى للغدة الثديية)

هذا المرض يعتبر كشكل من الآلام العصبية الخصوصية التابعة لقسم الاعصاب بين الضلوع ويظهر عند الانثى فى دور البلوغ وينشأ عنه ألم حاد متعاص يكون تارة مستمرا متصلا وتارة على شكل نوب وقد يصطحب بقيئ وتكون الغدة شديدة الاحساس تتأثر بادنى لمس ولم تقف المحققون على شئ محقق من الاسباب والظاهر ان للانيميا والاستيريا والمؤثرات الجرحية دخل فى حدوث ذلك وقد يستشعر فى بعض الاحيان بوجود عقد فى الثدى صغيرة مؤلمة تبعث على الظن بغوورم سرطانى وقد يمكث هذا المرض سنين ومعالجته صعبة ومما يخفف وطأة الألم تغليف الثدى بغلافات حارة وربطه ببعض اربطة واستعمال الادوية المخدرة وربما تكون المعالجة الكهربائية هنا مفيدة ونافعة وفى بعض الاحوال الخطرة الموجبة لليأس قد تستعمل العمليات الجراحية كبتر الثدى أو استئصال العقد المؤلمة مع الارتياب فى نجاحها

(المبحث السادس فى الآلام العصبية لقسم الضفيرة القطنية)

حيث ان الآلام العصبية التى تصيب هذا القسم نادرة وليس لها خصوصيات تستحق الذكر نقتصر منها على ذكر اشكالها المهمة بوجه الايجاز فنقول

الألم العصبي القطني البطني يكون مجلسه فى قسم القطن و يتشعع فيه وفى القسم الخثلي واعضاء التناسل والألم العصبي الفخذى يكون مركزه فى الفرع الجلدى الفخذى المقدم والوحشى وفى الجذع الاصلى للعصب الفخذى وفى الفرع الجلدى الفخذى المتوسط والانسى و يتميز هذا الألم العصبي بانتشاره فى استطالة عصب وريد الساق الاكبر (فى القسم الانسى لسمانة الساق والحافة الانسية للقدم) وفى الألم العصبي السادي يمتد الألم من الحافة الانسية للفخذ لغاية قسم الركبة

أما ما يتعلق بخصوصيات هذه الآلام فيعلم مما سبق فى الفصل العمومى وليس تشخيصه سهلا دائما و يجب الاحتراس من أن يلتبس هذا المرض بأمراض العظام والمفاصل والألم القطنى وأنواع المغص الكلوى

(المبحث السابع فى الالم العصبي لعرق النساء)

(الاسباب) - هذا الألم هو أكثر الآلام العصبية حصولا وأهمية والرجال عرضة له أكثر من النساء والبرد والرطوبة والتعب المفرط للاطراف السفلى من أقوى الفواعل لظهوره وكذا وقوف الدم فى أوردة الحوض (البواسير) والامساك المعتاد وقد يشاهد فى قسم العصب الوركى آلام عصبية عرضية وأورام فى الحوض وتسوس فى العجز وأمراض تشابهه ومن الاسباب أيضا ضغط العصب الوركى كالجلوس المستمر فى وضع متعب وكذا ضغط الرحم حال الحمل على الضفيرة الوركية ولذا شوهد حصوله عقب الولادة الصناعية كثيرا

(الاعراض والمدة والسير) - تبتدئ الآلام عادة بأعراض هجوم خفيفة ثم تتزايد تدريجيا حتى تصير نورانية حادة وتتولد هذه الآلام على الوجه الخلفى للفخذ فى قسم الشرم الوركى ومنه تنبعث سريعا الى الاسفل خصوصا فى القسم الشظى (الجزء الوحشى من الساق والقدم وظهر القدم) ويندر فى القسم القصبى وأخمص القدم وان ظهور هذه الآلام على شكل نوب نادر والغالب أن تكون مستمرة والمرضى تصفها بانها محرقة وثاقبة وتقوى شدتها اثناء الليل وفى الاحوال الخطرة تتعوق حركات الساق بسبب ألم حتى يصير المشى صعبا بل قريبا من المستحيل ويمكن ان تثنى المرضى أطرافها المتألمة ولا تقدر على حركتها

وأحيانا تهيج الامراض بسبب الوقوف مع انتصاب القامة أو بسبب جلسة مستطيلة وشدة الألم تكون فى سير العصب الوركى وفى العضلة الكبيرة الآلية وفى حافتها السفلى وفى الحفرة خلف الركبة (العصب القصبى) وفى أعلى الشظية (العصب الشظى) وفى رسغ القدم وظهره

وقد توجد اضطرابات أخرى كالخدار وعدم الحس الخفيف وقد شوهدت فى الاحوال الخطرة تحسنات انعكاسية وتشنجات ارتجاجية ويشاهد دائما وجود بعض صلابة وضعف فى الاطراف

وهذا المرض قد يمكث أسابيع واحيانا أشهرا وقد يمتد سنين فى الاحوال المتعاصية وسيره ينتهى بحسن العاقبة والنكسان مع ذلك كثيرة

(التشخيص) - تشخيص هذا المرض سهل فى أغلب أحواله و يكون فى بعضها صعبا اذ قد يشتبه بآلام القطن وبالالتهاب الابتدائى لمفصل الحرقفة و بألم الحرقفة العصبى وخراجات عضلة الابسواس وربما يشتبه أيضا بالآلام الوركية لكن بالبحث الدقى وتعيين مجلس الألم والنقط المتألمة يتوصل لازالة الصعوبة عند الاشتباه

(المعالجة) - بمعالجة السبب يمكن الحصول على نتائج حسنة مثل ما تحصل أيضا عند استئصال الاورام والاجسام الغريبة وكذا بواسطة المعالجة المحولة فى الاحوال المتعاصية المصحوبة بامساك

وأما بان معالجته العمومية وان كانت الحالة حادة يجعل الطرف المصاب اثناء النوبة فى وضع موافق مع اللبخ واللفائف الحارة فما يرتاح به المريض وأما المحولات الموضعية الشديدة كالحراقات والاستفراغات الدموية فتستعمل عند الاقتضاء خصوصا فى الاحوال التى أصلها رماتزمية وأحيانا يكون فى الحمامات الفاترة تخفيف واذا كانت الآلام شديدة كان الحقن بالمورفين مفيدا غالبا ومن الادويه الكهربائية والدلك فتستعمل الكهربائية عادة بتيارات نازلة قوية بأن توجه كل يوم من خمس دقائق الى ١٠ على العصب واذا صار الطرف صلبا يفتح التيار ويغلق من زمن لآخر لاجل ايجاد التكهرب واستعمال التيار الفارادى والفرشة ينفع أيضا وبعد الكهربائية والدلك تستعمل الحمامات فى الاحوال المزمنة اذ قد

الألم العصبي القطني البطني يكون مجلسه في قسم القطن ويتشعع فيه وفي القسم الختلي واعضاء التناسل والألم العصبي الفخذي يكون مركزه في الفرع الجلدي الفخذي المقدم والوحشي وفي الجذع الاصلي للعصب الفخذي وفي الفرع الجلدي الفخذي المتوسط والانسي ويتميز هذا الألم العصبي بانتشاره في استطالة عصب وريد الساق الاكبر (في القسم الانسي لسمانة الساق والحافة الانسية للقدم) وفي الألم العصبي السادي يمتد الألم من الحافة الانسية للفخذ لغاية قسم الركبة

أما ما يتعلق بخصوصيات هذه الآلام فيعلم مما سبق في الفصل العمومي وليس تشخيصه سهلا دائما ويجب الاحتراس من أن يلتبس هذا المرض بأمراض العظام والمفاصل والألم القطني وأنواع المغص الكلوي

(المبحث السابع في الالم العصبي لعرق النساء)

(الاسباب) ـ هذا الألم هو أكثر الآلام العصبية حصولا وأهمية والرجال عرضة له أكثر من النساء والبرد والرطوبة والتعب المفرط للاطراف السفلى من أقوى الفواعل لظهوره وكذا وقوف الدم في أوردة الحوض (البواسير) والامساك المعتاد وقد يشاهد في قسم العصب الوركي آلام عصبية عرضية وأورام في الحوض وتسوس في العجز وأمراض تشابهه ومن الاسباب أيضا ضغط العصب الوركي كالجلوس المستمر في وضع متعب وكذا ضغط الرحم حال الحمل على الضفيرة الوركية ولذا شوهد حصوله عقب الولادة الصناعية كثيرا

(الاعراض والمدة والسير) ـ تبتدئ الآلام عادة بأعراض هجوم خفيفة ثم تتزايد تدريجيا حتى تصير نورانية حادة وتتولد هذه الآلام على الوجه الخلفي للفخذ في قسم الشرم الوركي ومنه تنبعث سريعا الى الاسفل خصوصا في القسم الشظي (الجزء الوحشي من الساق والقدم وظهر القدم) ويندر في القسم القصبي وأخمص القدم وان ظهور هذه الآلام على شكل نوب نادر والغالب أن تكون مستمرة والمرضى تصفها بانها محرقة وثاقبة وتقوى شدتها اثناء الليل وفي الاحوال الخطرة تتعوق حركات الساق بسبب ألم حتى يصير المشى صعبا بل قريبا من المستحيل ويمكن ان تثنى المرضى أطرافها المتألمة ولا تقدر على حركتها

واحيانا

وأحيانا تهيج الامراض بسبب الوقوف مع انتصاب القامة أو بسبب جلسة مستطيلة وشدة الألم تكون في سير العصب الوركي وفي العضلة الكبيرة الآلية وفي حافتها السفلى وفي الحفرة خلف الركبة (العصب القصبي) وفي أعلى الشظية (العصب الشظي) وفي رسغ القدم وظهره

وقد توجد اضطرابات أخرى كالخدار وعدم الحس الخفيف وقد شوهدت في الاحوال الخطرة تحسنات انعكاسية وتشنجات ارتجاجية ويشاهد دائما وجود بعض صلابة وضعف في الاطراف

وهذا المرض قد يمكث أسابيع واحيانا أشهرا وقد يمتد سنين في الاحوال المتعاصية وسيره ينتهي بحسن العاقبة والنكسان مع ذلك كثيرة

(التشخيص) ـ تشخيص هذا المرض سهل في أغلب أحواله ويكون في بعضها صعبا اذ قد يشتبه بآلام القطن وبالالتهاب الابتدائي لمفصل الحرقفة وبألم الحرقفة العصبي وخراجات عضلة الابسواس وربما يشتبه أيضا بالآلام الوركية لكن بالبحث الدقيق وتعيين مجلس الألم والنقط المتألمة يتوصل لازالة الصعوبة عند الاشتباه

(المعالجة) ـ بمعالجة السبب يمكن الحصول على نتائج حسنة مثل ما يحصل أيضا عند استئصال الاورام والاجسام الغريبة وكذا بواسطة المعالجة المحولة في الاحوال المتعاصية المصحوبة بامساك

وأما بان معالجته العمومية وان كانت الحالة حادة يجعل الطرف المصاب اثناء النوبة في وضع موافق مع اللبخ واللفائف الحارة فما يرتاح به المريض وأما المحولات الموضعية الشديدة كالحراقات والاستفراغات الدموية فتستعمل عند الاقتضاء خصوصا في الاحوال التي أصلها رماتزمية وأحيانا يكون في الحمامات الفاترة تخفيف واذا كانت الآلام شديدة كان الحقن بالمورفين مفيدا غالبا ومن الادوية الكهربائية والدلك فتستعمل الكهربائية عادة بتيارات نازلة قوية بأن توجه كل يوم من خمس دقائق الى ١٠ على العصب واذا صار الطرف صلبا يفتح التيار ويغلق من زمن لآخر لاجل ايجاد التكهرب واستعمال التيار الفارادي والفرشة ينفع أيضا وبعد الكهربائية والدلك تستعمل الحمامات في الاحوال المزمنة اذ قد

تأتى بفائدة عظيمة وقد أوصوا باستعمال الدوش الحار الموضعى والحمامات الرملية الحارة فان لها خواص نافعة فعالة ولا يمكن ان يقال ان الادوية التى تعطى من الباطن تنجح نجاحا تاما لكن اذا حصل شك فى وجود الزهرى يعطى يودور البوتاسيوم وتعطى ساليسيلات الصودا فى الاحوال الحادثة عن روماتزم وأماروح الترمنتينا الذى شاع استعماله فى انجلترا فلم يعد بفائدة حسنة واذا تعاصى الألم عن جميع هذه الادوية يستعمل تمديد العصب بعد كشف الاجزاء الرخوة عنه فانه فى بعض الاحيان يعود بنجاح عظيم كما يحصل النجاح أيضا بالحديد المحمى فى تلك الاحوال وقد ذهب بعضهم الى ان هذا المرض يشفى بكى شحمة الاذن

(المبحث الثامن فى الآلام العصبية لاعضاء التناسل وقسم المستقيم)

الآلام العصبية لهذه الاجزاء وان كانت نادرة لكن قد ذكرها كثير من الاطباء فى أحوال مخصوصة ومجلسها يكون تارة فى اعضاء التناسل الظاهرة وتارة فى قناة مجرى البول وأحيانا فى القسم الشرجى والعجانى والعرض العام لها هو الآلام المنوية التى تكون فى الحبل المنوى والخصية وتكون دائما مصحوبة بنمو الحساسية نموا مفرطا فى الاجزاء المصابة ومعالجة هذه الآلام العصبية التى هى المخدرات والكهربائية قلما تكون فعالة مفيدة حتى انهم فى بعض الاحوال الخطرة استعملوا طريقة الخصى وعند المرأة تكون الآلام العصبية فى بعض الاحوال رحمية ومبيضية

(المبحث التاسع فى الآلام العصبية المفصلية)

هذه الآلام أول من شرحها برودى الانجليزى ولكن لم تقررها علماء المانيا الا بعد ان أظهر اسمارك جملة ملاحظات تدل على آلام شديدة خطرة غير ناشئة عن مرض تشريحى وعلى ذلك اعتبرت كأمراض عصبية ثم لما شوهد فى معظم الاحوال التابعة لهذه الآلام ان الألم الذى يكون فى المفصل هو أكثر الاعراض اتفقت الكلمة على تسميته بالألم المفصلى ولو أن ظهوره لا يكون بحالة خصوصية ونوب كما فى الألم العصبى الحقيقى

وتشاهد هذه الآلام المفصلية كثيرا عند الاشخاص العصبيين الذين أصيبت أقاربهم

بالاستيريا ولذا تكون النساء والبنات عرضة له أكثر من الرجال وأحيانا ينسب ظهور هذا المرض لانفعال نفسى فان الجروح المصيبة للمفصل يحدث عنها خوف شديد يكون من فواعل هذا المرض ولذا لا ترتبط هذه الآلام بالآلام العصبية الاصلية بل تتعلق بالاستيريا الجراحية

والعادة ان يستشعر المريض بالألم بعد حصول سبب مشابه للسبب المتقدم بمدة أسابيع وغالبا يكون الألم فى مفصل الركبة أو الحرقفة ويندر أن يكون فى مفصل من الاطراف العليا وتكون هذه الآلام تارة حادة وتارة مستمرة وتسكن اذا طرحها المريض عن فكره وقد يشاهد أحيانا بعض نقط متألمة حول المفصل ويكون المشى شاقا عسرا أو متعذرا وقد يصاب الطرف بضعف مصحوب بصلابة فى العضلات

وتشخيص الامراض العصبية المفصلية صعب لكن اذا أمعن الطبيب النظر ودقق وقف على الألم لانه يكون كأنه مرض مفصلى خطر بسبب شدته وصلابة الطرف المصاب وضعفه ومع ذلك لم يلبث الطبيب المجرب ان يدرك عدم وجود تغير مفصلى بسبب عدم وجود ورم مع تنوع شكوى المريض وبما يشاهده من تأثير الانفعالات النفسية وعدم فقد الشهية والنوم واذا حصل شك لزم فحص المريض اثناء تنويمه بالكلوروفورم اذ عند ذلك تزول الانقباضات الشديدة فى الظاهر ويرجع الطرف الى حركته وحالته الطبيعية

ثم اذا تم التشخيص سهلت المعالجة ويلزم هنا اجتناب الدلكات واللبخ والاربطة على اختلاف أنواعها وينبغى تبشير المرضى بانهم سيمشون ويلزم أن يفعلوا تمرينات وان ظهر فى أول الامر عدم نجاحها وانها متعبة شاقة لانه ينجم عنها فى أقرب زمن نتائج حسنة مدهشة للعقول وتساعد تلك التمرينات بالكهربائية بان يرسل تيار شديد فى وسط المفصل والفرشة الفارادية وتساعد أيضا بالدوشات البادرة الموضعية وباستعمال الادوية الباطنة

(المبحث العاشر فى الالم الرأسى المعتاد)

هذا ألم عصبى يكون فى الرأس ولم تقف الاطباء على سببه وكنهه للآن حق الوقوف ولا يطلق هذا الاسم على آلام الرأس العرضية الكثيرة الحصول التى تصاحب الامراض

العفنة الحادة الالتهابية والانيميا العمومية والآفات العضوية المختلفة للدماغ أو لاغشيته والعظام الجمجمة والجيوب الجبهية ولا يشتبه أيضا هذا الالم بأمراض أخرى متميزة كالآلام العصبية الاصلية للفرع الجبهى للعصب التوأمى الثلاث أو الاعصاب المؤخرية ولا بالشقيقة ولا بألم الرأس النصفى بل هذا المرض يكون وحده مستقلا وتشكو المرضى منه كثيرا ويطلبون التخلص من ألمه ولكن مجلسه والجوهر التشريحى الحقيقى له لم يعلما وقد ذهب بعضهم الى أن وجود بعض اضطرابات فى الدورة أو تغيرات دقيقة فى التغذية سبب لظهوره مع انه لا يمكن تحقيق هذه التغيرات الا فى قليل من الحالات وكذا لا يعلم ان التنبيهات المؤلمة تتولد أوّلا فى الجوهر الدماغى والسحايا خصوصا الام الجافية لانهما متمتعان بالحساسية فيعتبران كالمحل لهذا المرض الذى يصير فيه موضعيا وظهور هذا المرض مختلف تبعا لاختلاف الظروف والاشخاص المصابين به اذ تارة يظهر عند المتمتعين بصحة جيدة وتارة عند الانيماويين وضعفاء البنية وتارة عند أقوياء البنية الدمويين وعلى ذلك يبحث عن سبب الالم ان كان من احتقان دموى أو من أنيميا مرضية فى الدماغ أو أغشيته ويكون ألم الرأس العرض المهم عند المصابين بأمراض عصبية أو بضعف فى الاعصاب وعند المجهودين جسديا وعقليا كالعلماء والموظفين والتلامذة خصوصا الذين يحضرون أنفسهم للامتحانات وقد ينشأ هذا المرض عن تأثير روماتزمى أو سمى كالكؤل والتبغ والتسمم الرصاصى المزمن وأحيانا تشكو المرضى من تعب مزمن من جهة المعدة وامساك متعاص وهنا أمر جدير بالالتفات وهو أن توجد رابطة بينه وبين الامراض المزمنة التى تصيب الاعضاء المجاورة كالانف والمسافة الانفية الحنجرية والاذن ومع ذلك ففى كثير من الاحوال لا يهتدى الى السبب المحدث له فيعتبر مرضا أصليا وقد يكون وراثيا

(المعالجة) — معالجة ألم الرأس من المسائل المعضلة ومن البين أنه ينبغى للطبيب ان يبحث بالدقة عن السبب فى جميع الاعضاء التى تسببه كامراض الانف والاذنين والمعدة والقلب والكليتين فتى عرف ذلك عالجه بما يناسبه وأما المرض الاصلى فيجب أن يعالج معالجة خصوصية واذا ظن وجود زهرى يعطى قبل كل شئ يودور البوتاسيوم ويؤمر للانيماويين بالحديد والزرنيخ والمكث بالارياف مع التغذية الجيدة ويؤمر لدموى المزاج

خصوصا

خصوصا اذا كان عندهم سوء هضم بالمياه المعدنية المسهلة ويعالج ألم الرأس العصبى بمعالجة الاعصاب على العموم وبوضع الماء المسكن أو البارد على الرأس الخ ويستعمل ضد المرض الناشئ عن البرودة بسبب الاقامة فى تيار هواء زمناطويلا ساليسلات الصودا من ٢ الى ٤ جرام فى اليوم واذا كانت الآلام شديدة تستعمل الادوية المخدرة كالمورفين والافيون والكلورال وأما المعالجة الكهربائية فيحصل منها نجاح عظيم فى أحوال كثيرة ومع ذلك يلزم التبصر فى المعالجات ونظر ما هو الاصلح منها وزيادة على ماذكر فالمعالجة المائية تعود بمزايا عظيمة وكذلك الاقامة فى الحقول والجبال والبحار

(المبحث الحادى عشر فى اضطراب حساسية الشم)

سوء انتظام هذه الحساسية الذى يدل على مرض فى العصب الشمى وانتشار فروعه الانتهائية وتشققة المركزى يشاهد كثيرا ومن المعلوم ان القرنين العلويين والجزء العلوى من الحاجز الانفى (الدائرة الشمية) فيها خيوط شمية وان الياف عصب الشم تدخل فى التجويف الجمجمى وأما السير الاخير لهذا المرض فى المراكز العصبية فلم تعلم حقيقته انما يقال ان ضعف الشم الوحيد الجانبى الذى يظهر فى أمراض الجزء الخلفى للمحفظة الانسية والذى ادعى بعضهم مشاهدته فى التجويف اليسارى من الانف هو كمضاعفة للشلل النصفى اليمينى

ولاجل بحث حساسية الشم تستعمل الجواهر التى لا تهيج الخيوط الانفية الحساسية للعصب التوأمى الثلاث وذلك كماء الكولونيا والزيوت الطيارة كزيت القرنفل والبرجموت والترمنتينا والكافور والمسك وحشيشة الهر والحلتيت ونحو حساسية الشم يكون تارة بادراك المشمومات ولو تافهة وتارة بتأثير شديد من كل ما يشم وهذه الحالة الاخيرة تشاهد غالبا عند المصابين بالاستيريا لانه يعتريهم صداع وحالات غشائية عند الاحساس بالروائح التى تؤثر عند السليمين تأثيرا ضعيفا وقد يظهر عند المجاذيب وفى اثناء النوبة الصرعية احساس بروائح باطنية وهذا يسمى بهلوسة حاسة الشم

وكثيرا ما يشاهد نقصان قوة الشم أو فقدها حال مضاعفة الامراض الانفية كالزكام ونحوه لامراض قاعدة الجمجمة كالاورام والالتهاب السحائى الحاد والمزمن وكذا

للامراض الدماغية كالاورام ونحوها خصوصا الاستيريا الخطرة ومما يلزم التنبيه عليه هنا ان نقصان حاسة الشم يكون عظيما عند فقد الذوق اذ من المعلوم ان الرائحة المخصوصة للشواء والنبيذ والجبن على اختلاف أنواعه التى يدركها الانسان اثناء تناول هذه الاشياء لايمكن ادراكها الابكمال حساسية الشم ومعالجة سوء انتظام حساسية الشم تتوافق مع معالجة المرض الاصلى المحدث له وفى الحالة التى يلزم فيها علاج مخصوص يستعمل تكهرب الغشاء المخاطى لشنيدر أودهن السطح الشمى بمحلول مركب من نترات الاستريكنين فى زيت الزيتون واحد فى ١٠٠

(المبحث الثانى عشر فى سوء انتظام حساسية الذوق)

اعلم ان للادراك الذوقى عصبين أحدهما اللسانى البلعومى والثانى اللسانى الآتى من الفرع الثالث (الفك الخلفى) للتوأمى الثلاث فالبلعومى هو عصب الذوق للثلث المؤخر من اللسان واللهاة والعصب اللسانى هو عصب الذوق لثلثى اللسان المقدمين والخيوط الذوقية له تدخل حبل غشاء الطبلة وتصل معه الى جذع العصب الوجهى ومع ذلك لاتبقى متحدة بالعصب الوجهى بل تنتهى بالرجوع الى التوأمى الثلاث وتتصل بالعصب الكبير الحجرى السطحى وعصب قديان بالعقدة الوتدية الحنكية ومن المعلوم أنه يوجد أيضا بعض مسالك أخرى بها أعصاب الزوج تنضم ثانيا بالعصب التوأمى الثلاث وتدخل معه فى الدماغ

وزيادة حساسية الذوق نادرة ولاتشاهد الاعند المصابين بالاستيريا وقد يشاهد فى بعض الاحيان تخدير فى حاسة الذوق عند المرضى المصابين بالشلل الوجهى الذين يشكون من طعم فى الفم غير طبيعى وأما حالات فقد حساسية الاعصاب الذوقية فكثيرة الحصول ونشاهد أولا فى أمراض الالتهابات الدائرية للاعصاب الذوقية كامراض الغشاء المخاطى اللسانى وفى أمراض العصب اللسانى البلعومى وفى أمراض العصب اللسانى والتوأمى الثلاث داخل الجمجمة وفى أمراض حبل غشاء الطبلة كامراض الاذن المتوسطة وفى أمراض العصب الوجهى من ابتداء تفممه مع حبل غشاء الطبلة لغاية العقدة تحت الفك وانقطاع خاصية التوصيل من نفس هذا العصب فيما بعد المسافة المذكورة أو قبلها لاينشأ عنه فساد فى الذوق وقد شاهدوا آفات مركزية فى حساسية

الذوق فى أمراض الجزء المؤخرى من المحدبة الانسية ويجب ان تبحث حاسة الذوق بغاية الدقة لانه يوجد فى بعض الاحيان شلل جزئى فى الذوق وكيفية ذلك ان يمس اللسان بواسطة قضيب من الزجاج أو فرشة صغيرة محتوية على كميات صغيرة من جواهر ذات طعم بصفة محلول وأن تبحث الاجزاء المقدمة والمؤخرة من اللسان على حدتها ويستعمل محلول الكينا أو صبغة الجوز المقيئ لاختبار الاحساسات المرة والشراب لاختبار الاحساسات السكرية والخل وحمض الكلورايدريك المخفف لاختبار احساس الحوامض ومحلول ملح الطعام لاختبار احساس الطعوم المالحة

والطعم الناشئ من التيار الجلوانى الذى يظهر بشدة من القطب الموجب وقد يظهر كذلك من القطب السالب ولو بتأثير تيار ضعيف كما يحصل ذلك كثيرا بمرور التيار فى حالة التكهرب الجلوانى للرأس والعنق والقفا وغيرها يمكن استعماله لاجل بحث حاسة الذوق والتشخيص المحكم لمجلس التكدر الذوقى ومنشأه لايمكن القطع به الا باعتبار الاعراض المصاحبة والمعالجة لايمكن فعلها الا بواسطة الكهربائية

(الباب الثانى فى اضطراب الاعصاب المحركة)

(الفصل الاول فى العموميات التى تتعلق بتكدرات الحركة)

(المبحث الاول فى اشكال الشلل على العموم)

الشلل هو انقطاع الحركة الارادية من العضلات التى تحت سلطان الارادة ويميز بين الفقد الكلى للحركة (الضعف أو الشلل) وبين مجرد ضعف هذه القوة (ضعف أو خدل) فعند مايصيب الشلل جزأ من الجسم أو عضلة على حدتها لايقدر الشخص ان يفعل أدنى حركة ارادية وأما فى الخدل فيقدر على بعض حركات أقل قوة ومدة من الحركات الطبيعية وفى جميع نقط الممر الذى يمتد بين الاجزاء المحركة للقشرة السنجابية أعنى فى كل محل من المسلك الكبير الموصل المسمى بالقشرى العضلى أو الاهرام قد ينشأ الشلل فينقطع فى المحل المذكور توصيل الحركات الاختيارية وبعبارة أخرى كل آفة تحل بالمراكز المحركة للطبقة القشرية المتعلق بكالها ابتداء سير الاعصاب الارادية يحصل عنها شلل القسم العضلى التابع لهذه المراكز واخيرا يسهل ان نقول ان أمراض العضلات قد ينشأ عنها شلل وذلك

لفقد مواد الانقباض أولفقد خاصته تحت تأثير العصب وقصارى القول ان بيان هذا الشلل العضلى بالدقة محاط بصعوبات عظيمة لان أمراض الجوهر العضلى الحقيقى لايمكن فصلها عن جوهر تمددات أطراف الاعصاب المحركة

وقد علم من التجارب الحديثة ان أقرب طريق لسير التنبيهات المحركة هو ان يبتدئ هذا السير بالتعاريج الدماغية المركزية والعصبى الجانبى للمركز وهنالك توجد المراكز المحركة الارادية ومنها يتجه الى الاسفل فى الالياف المحركة للتاج وهذه الالياف بعد اجتماعها كحزمة سميكة تدخل فى المحفظة الانسية باتجاه مائل وكما يرى ذلك فى قطع افقية لانصاف الدوائر الدماغية تتركب المحفظة الانسية من قائمتين احداهما مقدمة وموضوعة بين النواة العدسية والنواة الذنبية والثانية مؤخرة وموضوعة بجوار النواة العدسية

ولنعلم ان أمراض القشرة الدماغية متى كانت غير متسعة لاينشأ عنها الاشلل جزء محدود من الجسم ويطلق على هذا النوع اسم الشلل الاحادى الذى منه الشلل الوجهى والذراعى الناشئ عن أصل قشرى وفى الطبقة قليلة الارتفاع من الدماغ الكائنة فى المحفظة الانسية والقوائم الدماغية مجموع الالياف المحركة كما شوهد ذلك مجتمعا على هيئة حزمة واحدة ومن ثم يرى ان آفة الدماغ التى تصيب هذا المحل توقف بسهولة قابلية التوصيل فينتج من ذلك شلل يصيب فى آن واحد عضلات الوجه والذراع والطرف الاسفل أواحدى جهتى الجسم ويسمونه بالشلل النصفى أو الجانبى وحينئذ يقال انه بسبب مرور الالياف المحركة فى النصف المقابل للنخاع أوصل الشلل ضرره الى جهة الجسم المقابلة للمحل المريض من الدماغ وتحت ذلك فى النخاع المستطيل والشوكى والالياف التى تنزل من نصف الدماغ والمعدة لكل جهة من نصفى الجسم تسير بجانب بعضها وحيث ان عدة أمراض من أمراض النخاع تصيب فى آن واحد النصفين وتطرق شيأ فشيأ فى سمك الحبل الشوكى فلا تلبث الاجزاء المتقابلة من جهتى الجسم ان تنشل فى آن واحد وهذا الشكل من الشلل يسمى أيضا بالشلل النصفى وقد ينشأ عن أمراض النخاع العنقى شلل الاطراف الاربعة فى آن واحد أو الطرفين العلويين (شلل نصفى عنقى وذراعى أوعلوى) وينشأ عن أمراض النخاع الظهرى والقطنى شلل الطرفين السفليين وعن أمراض الاعصاب

الدائرية شلل قاصر على منطقة توزيع العصب المصاب وهذا الشكل قد يمتد امتدادا عظيما فى الامراض التى تصيب ضفيرة عصبية بتمامها (الشلل الدائرى لضفيرة عصبية) أو يقتصر على قسم عصب واحد بل على فرع عصبى (الشلل العصبى الدائرى)

وسنأتى على ايضاح ماقررناه ويمكننا ان نضع لذلك قاعدة اساسية وهى ان الفالج هو الشكل الاصلى لانواع الشلل الدماغية والشلل النصفى هو الطرز الاصلى لانواع الشلل الشوكية وأما أنواع الشلل المنفرد فهى غالبا أنواع شلل قشرية للدماغ أو أنواع شلل دائرية

(المبحث الثانى فى الاسباب العمومية لانواع الشلل)

الآفة التى تحدث الشلل قد تكون فى حالة ذات طبيعة مختلفة ولايمكن استنباط طبيعة هذه الآفة من شدة الشلل وامتداده وتعلم فقط بواسطة معرفة الاسباب وطريقة ابتداء وسير الشلل والاعراض المرضية التى تصاحبه أو تعقبه

وعلى العموم اذا نظرنا الى الطبيعة السببية للشلل نرى ان أنواعه تنقسم الى قسمين أنواع الشلل الناشئة عن سبب تشريحى ظاهر وأنواع الشلل الوظيفية التى ليس لها سبب تشريحى ظاهر ولكن من منذ ما اتقنت طرق البحث بالتشريح المرضى والدقيق نقص قسم أنواع الشلل الوظيفى وبان بذلك سبب تشريحى محقق لعدة أنواع من الشلل التى كانت تظهر فيما سبق انها وظيفية هذا وتعتبر جميع الامراض التى تصيب المجموع العصبى كاسباب تشريحية لانواع الشلل بشرط ان تحل محلا قد تغير أو تلاشى فيه المسلك الذى تتبعه الاندفاعات المحركة فكل مايطرأ فى الدماغ والنخاع والاعصاب الدائرية من الالتهابات والاستحالات والتولدات الجديدة والانزفة واضطرابات الدورة وماينتج عنها والليونات ومايحدث عنها من انسداد الاوعية وغير ذلك من الحالات المعلومة يتولد عنها أنواع الشلل فضلا عن ان للآفات الميخانيكية للمجموع العصبى شأنا مهما فى تولد أنواع الشلل خصوصا جروح وضغط الدماغ والنخاع والاعصاب الدائرية بالاورام والتولدات والامراض المجاورة

ومن جهة أخرى نعلم ان بعض الجواهر السمية بتأثيرها المستمر على البنية تحدث أنواع

الشلل واهمها من الحيثية الاكلينيكية الشلل الرصاصى وكان يعتبر سابقا كشلل وظيفى محض لكن الآن علم انه ناشئ عن تغيرات تشريحية ظاهرة فى النخاع وفى الاعصاب الدائرية ومن أنواع الشلل ما يمكن تعريفه بالشلل التابع للامراض الحادة وحيث ان المراد دائما فى هذه الاحوال ليس الا الامراض العفنة الحادة فالسبب المحتمل لهذه الانواع الشللية هو بعض تنوعات تحصل فى المنسوج العصبى (أعصاب الدماغ والنخاع والاعصاب الدائراية) ولهذه التنوعات رابطة مع المادة العفنة النوعية وتشاهد هذه الانواع غالبا عقب الدفتيريا (الشلل الدفتيرى) وعقب التيفوس والجدرى والدوسنتاريا والطفح الظاهر الحاد ومن المعلوم قديما أن متحصلات بعض الامراض التسممية المزمنة خصوصا الزهرى والدرن يمكن ان تنحصر فى المجموع العصبى وينشأ عنها ظواهر شللية

وهناك شلل ينشأ عن البرد يسمى بالشلل البرودى أو الحدارى وان كان الكثير من الامراض الشوكية ينشأ من البرد أو من بلل الامطار الغزيرة لكنهم لم يعتبروا الشلل الحدارى الا من أنواع الشلل الدائرية كما فى قسم العصب الوجهى وتكدر الوظائف التى تصيب الاعصاب فى هذه الاحوال يحتمل أن يكون ناشئا عن تغيرات خفيفة التهابية طرأت على جوهر العصب من تأثير البرد وبناء على ذلك تكون طبيعة هذا التكدر عضوية وليست وظيفية محضة وهناك أنواع وافرة للشلل نضطر لتسميتها بأنواع الشلل الوظيفى منها الشلل الذى يصيب المصابين بالاستيريا والذى ينشأ عن انفعال نفسى (كالشلل الذى يحصل عند الفزع) ومنها أنواع الشلل التصورية ونحوها وسنعود لذلك عند التكلم على الاستيريا وبقى علينا ان نذكر أنواع الشلل الانعكاسية التى لم تتضح أسبابها كشلل الذراع فى بعض حالات الالتهاب البليوراوى الصديدى ويشاهد هذا الشلل فى الذراع خصوصا بعد العمل الجراحى اذ الغالب ان الالتهاب يمتد للاعصاب

(المبحث الثالث فى الاعراض العمومية لانواع الشلل)

اعلم انه يلزم لمعرفة وجود الشلل ان يصرف النظر عما يظهره المريض من عدم قدرته على اجراء بعض الحركات وعدم استطاعته أداء بعض الوظائف وان يبحث بحثا دقيقا مستوفيا للحركة الارادية وهذا البحث فى الامراض العصبية ينبغى ان يعم جميع الجسم لاجل

معرفة جميع الحركات التى تحصل فى الحالة الطبيعية من كل مفصل معرفة تامة وكذلك العضلات والاعصاب التى تديرهذه الحركات ويلزم تدقيق وامعان النظر فى سوء انتظام الحركة الخاصة بأى شلل

ومن المهم اعتبار ظواهر أخرى غير الحركة كاعتبار الحالة التى عليها العضلات المشلولة واعتبار ما يكون مصاحبا للشلل أحيانا من التغيرات أما فى الامر الاول فمعرفة التغير الغذائى للعضلة المشلولة من الاهمية بمكان من حيثية التشخيص والعمل وبمقارنة جملة أنواع من الشلل يشاهد ما بينها من الفرق الظاهر لان بعض أنواع الشلل قد تمكث سنين وتترك العضلات التى أوقعتها فى عدم الاقتدار على حالتها الاولى أو يتنوع حجمها وتغذيتها تنوعا خفيفا وتارة بعد مضى أسابيع أو أشهر انصاب العضلات المشلولة بضمور عظيم ولذا سمى بعضهم تلك الحالة بالانواع الضمورية للشلل وجعلها قسما مستقلا وليس عدم ظهور الضمور فى كل حالة من حالات شلل العضلات نتيجة سكون وعدم حركة العضلة المصابة بل لابد له من مناسبات خصوصية ولو تصورنا ثانيا ممر المسالك المحركة فى جميع امتدادها من ابتداء الطبقة القشرية للدماغ الى العضلات الارادية لرأينا ان الالياف العصبية لا تعوق فى جميع ممرها الامرة واحدة وذلك فى القرون السنجابية المقدمة للنخاع بواسطة الخلايا العقدية ولقد علمنا من التجارب الاكلينيكية والتشريحية ان الضمور فى أنواع الشلل المشتملة على السبب الذى هو انقطاع الالياف المحركة الشاغل هذه العقدة المحصورة بين قشرة الدماغ وخليات القرون السنجابية المقدمة لا يكون على العموم معدوما أو قليل الظهور سواء كان منشأ الشلل فى الخليات المتعددة الاقطاب أو فى الطريق المحركة الممتدة من هناك نحو الدائر

وفى أنواع الشلل الدماغية لا تصاب العضلات بالضمور الاستحالى كما ان الضمور لا يحصل أيضا فى أنواع الشلل الشوكى الا بقدر ما يبيد سبب الشلل الخلايا كثيرة الاقطاب التى ترتبط بها العضلات أو تمنعها عن اداء وظائفها

أما أنواع الشلل الدائرى التى تمكث مدة طويلة فان فيها تصاب العضلات والاعصاب المشلولة بالضمور بل بالاستحالة الضمورية

وقصارى الامر انه يجب فى كل شلل اعتبار الظواهر العصبية المصاحبة لان لها أهمية فى الحكم على السبب الموجب للشلل ولابد أيضا من بحث حساسية الجلد وحساسية العضلات ومن اعتبار بعض الحالات الغذائية والمحركة للاوعية وأحيانا يكون الجلد الساتر للاجزاء التى لاحراك بها أزرق بارد الملمس كالرخام أوزيماويا مشققا قشرى الشكل

(أما اعراض تنبيه الحركة) — فاعلم أنهم كما أطلقوا اسم شلل على الاعراض الدالة على انقطاع كذلك أطلقوا اسم تشنج على اعراض تنبيه الحركة ويقصدون بذلك جميع الحركات المرضية التى تطرأ على العضلات بدون تأثير الارادة ولو ظهر أحيانا بعض انقباضات تشنجية فى العضلات الملساء التى ليست تحت سلطة الارادة كتشنجات العضلات الشعبية والوعائية لكن نقتصر هنا على الحركات التشنجية التى تظهر فى العضلات الارادية ونبحث عن سبب هذه الانقباضات فى التهيجات التى تطرأ على مسالك توصيل الحركة أما طبيعة تأثير التهيجات أو كيفيتها فلم يوقف عليها فى أغلب الاحوال تمام الوقوف والظاهر انها تؤثر مباشرة على الاعصاب المحركة كما فى التشنجات التى تظهر فى أمراض المراكز المنبهة للحركة من الطبقة القشرية وأحيانا لا يكون تنبيه الحركة مباشرة بل يكون بالفعل المنعكس وهذا يسمى بالتشنجات الانعكاسية وتنقسم التشنجات من حيث الاعراض الى نوعين أحدهما التشنج الارتجاجى الذى لا تمكث فيه الانقباضات الطارئة على العضلات الا زمنا يسيرا ثم تنقطع ويعقبها انبساط ثم تعود لحالتها الاولى فى أقرب وقت ومن ثم ترتج الاجزاء المصابة باهتزازات تشنجية متوالية والنوع الثانى هو التشنجات التى توصف بالانكماش وتأثيرها يستمر زمنا من دقائق الى ساعات أو أيام والجزء المشلول يمكث لاحراك به فى وضع غير طبيعى وهذان النوعان قد يتحدان بحيث تنشأ عنهما تشنجات انكماشية ارتجاجية

ونذكر هنا أهم كيفيات الانقباضات المرضية غير الارادية بوجه الاختصار فنقول

(أولا) — التشنجات الصرعية الشكل وهى انقباضات شديدة تستحق ان تعد من التشنجات الارتجاجية وان كانت انكماشية ارتجاجية وهذه التشنجات تعم الجسم أو تقتصر على جزء منه أو على بعض الحركات ومن حيثية الاعراض تكون مشابهة للتشنجات

الصرعية التى تظهر فى الامراض العضوية للدماغ من الاستيريا

(ثانيا) — يشاهد أحيانا فى بعض أمراض اهتزازات (كما فى داء السكتة والتيبس) وفى هذه الحالة يكون الجزء المصاب مرتجا بعدة اهتزازات مستمرة شديدة منفصلة عن بعضها بانتظام وتلك الاهتزازات التى تكون على منوال موزون تشاهد كاعراض معلنة للتشنجات الصرعية أو عند انتهائها

(ثالثا) — الارتعاش — وهو ناشئ عن تذبذبات متساوية سريعة التوالى فاذا كانت بطيئة المسافة سميت بالتشنجات التموجية وهذا الارتعاش عرض مهم واصف لامراض عصبية كثيرة كما فى الشلل الارتعاشى

(رابعا) — الانقباضات المنعزلة — وهى تكون تارة فجائية بشكل هزات وتارة بشكل انقباضات بطيئة وتشاهد كثيرا فى أمراض النخاع

(خامسا) — الاهتزازات الليفية — وهى عبارة عن تذبذبات تحرك بعض حزم عضلية وتدرك بالبصر لمن أمعن النظر فى العضلة ولكن لا تأثير لها على الحركة فاذا كانت هذه الانقباضات شديدة أحدثت تموجا حقيقيا فى الجوهر العضلى وهذه الظاهرة تشاهد فى العضلات الضامرة خصوصا فى حالة الضمور العضلى التدريجى

(سادسا) — الحركات الرقصية — وهى اما انقباضات واما تغيرات متضاعفة ممتدة وتشاهد بدون انتظام مع التعاقب فى تقاطيع الوجه وفى طرف من الجسم وقد تكون عامة لجميع الجسم وفى الاحوال الخطرة تكون هذه الحركات متوالية وفى الخفيفة تكون متقطعة بازمان طويلة وهى تكون العرض الرئيس للرقص السنجى الاصلى وأحيانا تظهر فى أمراض أخرى دماغية

(سابعا) — يطلقون اسم حركات أصبعية على بعض حركات خصوصية تطرأ بدون ارادة وتشاهد فى الذراعين واليدين والرأس والجذع وفيها الاصابع تفعل حركات بطيئة ممتدة وترتفع وتتباعد وتلتف على بعضها ويعلو بعضها البعض بطريقة غريبة وهذا الشكل يظهر على هيئة مرض أصلى فى المرض المسمى (اتيتوزيس) أو يكون ظاهرة خاصة ببعض أمراض المراكز العصبية كما فى الشلل الدماغى للاطفال

(ثامنا) - التشنجات المتضاعفة - وهى عبارة عن حركات متضاعفة لا تقاوم تضطر المرضى لفعلها ويدخل تحتها السير الاندفاعى نحو الامام وحركة الدوران والحركة الرحوية للجسم الدائرة على محوره الذى هو الوضع القسرى ولهذه التشنجات اشكال مخصوصة تشاهد غالبا فى الاستيريا الخطرة وذلك كالتشنجات الرقصية والضحك التشنجى والصراخ التقاصى الخ ومع ذلك قد يحصل الصرع فى أمور استثنائية بشكل تشنجات منتظمة فالحركات التى لا تقوم والاوضاع القسرية تكون نتيجة اصابات الدماغ والسوق الدماغية

(تاسعا) - يطلقون اسم تشنجات انكماشية على كافة الحالات المرضية التى تمكث زمنا ما بدون استرخاء فالكزاز ليس الا تقلصا وتريا للعضلات الخاصة بالمضغ كما انهم يطلقون اسم تيتنوس خلفى على الحالة التى يحصل فيها تشنج وترى لعضلات الظهر والقفا فينحنى الظهر الى الخلف بحيث ان العمود الفقرى يتقوس حتى يصير تحديبه الى الامام وأما التوتر التصلبى لجميع عضلات الجسم فيسمى بالتيتنوس

(عاشرا) - التيبس التخشبى - وهو عبارة عن حالة التوتر العضلى الذى لا تكون العضلات فيه تحت سلطة الارادة فتبقى ثابتة فى جميع الاوضاع التى اضطرت اليها بحكم القصور ويظهر التيبس فى بعض أحوال الاستيريا وأحيانا فى بعض الاصابات الدماغية مثل الالتهاب السحائى

(الحادى عشر) - التشنجات المشتركة - وهى حركات غير طبيعية تحصل عند حصول الحركات الارادية فى عضلات أخرى ليس لها ارتباط بالحركة المطلوبة فمثلا عند المصابين بالفالج يهتز الذراع أحيانا بالحركة المشتركة عندما يريد المريض ان لا يحرك الا ساقه وأحيانا فى أمراض النخاع تصاحب حركة احدى الساقين حركة الساق الثانية من غير ارادة وكثيرا ما تحصل الحركات المشتركة فى عضلات طرف واحد فغالبا يشاهد فى الفالج أو فى الشلل الشوكى التشنجى ان المريض لا يقدر ان يقرب ساقه من الجذع بدون ان يحصل انثناء ظهرى فى القدم بصفة حركة مشتركة الخ

(وأما اختلال الحركة) - فاعلم ان فعل عدة عضلات فى آن واحد ضرورى لاداء

جميع الحركات الطبيعية المركبة بدليل ان الانسان يشاهد ذلك اذا تأمل فى العضلات التى تقوم باداء وظائفها فى آن واحد مثل ما يحصل عند ما يمشى وعند ما يقبض على شىء وعند ما تؤدى يداه الاشغال وعلى ذلك كان من الضرورى لاجل فعل هذه الحركات عدم شلل جميع تلك العضلات بل لابد أن يكون الانسان قادرا على جعل كل عضلة مناسبة تمام المناسبة لجزء من العمل الذى تقوم به على وجه مخصوص فكل حركة ارادية منتظمة لا يمكن ان تتم الا بشروط منها ان جميع العضلات التى تستدعيها الحركة تشترك فى العمل ومنها ان كل عضلة لا تنقص عما يستدعيه الغرض المطلوب ومنها ان التيار العصبى يلزم أن يأخذ فى وقت معلوم اتجاهه الطبيعى أعنى ان جميع العضلات التى تقوم بالعمل تنقبض كلها فى آن واحد أو احداها بعد الاخرى فى الوقت المطلوب فالحركة التى تفعل بهذه الشروط تسمى بالحركة المنتظمة وتوزيع التأثير العصبى التدريجى فى كل عضلة من العضلات التى تشترك فى حركة متضاعفة يسمى تنظيم الحركة ومن الضرورى فعل عدة عضلات فى آن واحد حتى فى الحركات التى تظهر أنها بسيطة بحيث ان العضلات المضادة لابد أن تشترك فى العمل مع العضلات الاخرى ولا يخفى انه بمساعدة العضلات المضادة التى تكون دائما فى حالة عمل يمكن وقوف الحركات وسرعتها على حسب ما يقتضيه اجراء الافعال المتضاعفة وقد شوهد كثيرا ما يؤيد حصول اختلال تنظيم الحركة حتى لا تحسن المرضى فعل العمليات الدقيقة للحركة وهذه الاختلالات لا تتعلق بضعف ولا بشلل ما بل تنشأ عن اضطراب التنظيم الحركى وهذا النوع من الاضطراب يسمى باختلال الحركة وذهب بعضهم الى اصابة الذراع والساق بذلك اذا اضطربت حركتهما وان كانت محفوظة بالتمام

(المبحث الرابع فى عموميات تتعلق ببحث وكيفية الافعال المنعكسة)

لامتحان الافعال المنعكسة أهمية فى تشخيص الامراض العصبية والذى يهم الطبيب منها قسمان رئيسان وهما الافعال المنعكسة الجلدية والافعال المنعكسة الوترية

(فالاولى) ـ هى انقباض العضلات الناشئ عن تنبيه الاعصاب الجلدية الحساسية المتجهة من المركز الى الدائر وذلك بواسطة ميخانيكية التفكر وهذه الافعال المنعكسة لاتوجد فى الاطراف العليا غالبا الابدرجة ضعيفة ومع ذلك يمكن احداثها تقريبا بوخز أو بقرص جلد الاصابع وكل الناس تعرف الافعال المنعكسة الظاهرة التى تحدث عند الاشخاص بالزغزغة وبحث الافعال المنعكسة الجلدية فى الاطراف السفلى ذو أهمية ومحل ذلك هو اخمص القدمين فيستعمل لتنبيه بواسطة زغزغة سطح هذا الاخمص أو وخزه بابرة أو دلكه دلكا شديدا بجسم أملس والتهيجات التى تحدث من تغير درجة الحرارة تدل أيضا على الافعال المنعكسة بواسطة قطع ثلجية تباشر الجلد وقال بعضهم انه يحسن فى بعض الاحوال استعمال هذه الطرق المختلفة واحدة فواحدة لانه فى حالة نقصان قابلية التهيج الانعكاسى قد تكون احداها هى التى تحدث الانقباض الانعكاسى فى البطن ويجب ان يبحث أيضا جميع السطح الجلدى باستعمال الوخز الابرى أو بقرص ثنية جلدية أو نحو ذلك ولننبه على ان فى الامراض العصبية قد تكون الافعال المنعكسة فى تأخير بحيث ان الحركة المنعكسة لاتحدث الا بعد التنبيه الانعكاسى بزمن ما وعلى ذلك لايظهر الفعل المنعكس فى كثير من أمراض النخاع مثلا الا بعد قرص الجلد باثنى عشر أو ١٥ ثانية وهناك ظاهرة جديرة بالذكر وهى ان بعض محال فى الجلد عند كثير من المرضى تتأثر بتنبيه الافعال المنعكسة بسهولة وبعض محال أخرى لاتتأثر بالكلية (محل انتخاب قابلية التنبيه الانعكاسى)

والحركات المنعكسة تقتصر بحالة عمومية على الطرف الواقع عليه التنبيه فوخز أخمص القدمين يتبعه انثناء ظهر الاصبع الكبيرة للقدم أو انثناء القدم أو الساق كله أو بعضه وقد تنتشر الافعال المنعكسة فى جميع الجسم حتى ان تنبيه أخمص القدم من جهة واحدة يكفى لتحريك الساقين أو الجسم كله وذلك يشاهد أحيانا فى الاستيريا وفى التيتنوس وفى الكلب وفى التسمم بالاستريكنين الخ

بقى علينا ان نتكلم عن شكلين خاصين بالافعال المنعكسة الجلدية أحدهما الفعل

المنعكس لجدر البطن وينحصر فى انقباض العضلات البطنية من الجهة المبحوثة متى مر الانسان على جلد البطن باصبعه أو بيده طريقة القرع الثانى الفعل المنعكس لمعلقة الخصية أعنى الانقباض الانعكاسى للخصية الذى يحصل عندما يدلك الوجه الانسى للفخذ أو عندما يضغط فوق النتوء اللقمى الانسى ضغطا شديدا فيحصل الفعل المنعكس لمعلقة الخصية فى الجهة التى وقع عليها التنبيه وقد يحصل فى الجهتين معا أما الفعل المنعكس للالية والفعل المنعكس للثدى فلا أهمية لهما العدم وجودهما غالبا والحالة المرضية للافعال المنعكسة الجلدية يصعب تمييزها بقدر تغير شدتها وسنتكلم فى الاشكال الخاصة على كيفية الافعال المنعكسة الخاصة بها ونقتصر الآن على القول بان ضعف وانقطاع الافعال المنعكسة الجلدية انقطاعا تاما يحصل متى انقطع المجموع الموصل للافعال المنعكسة (العصب المتجه من المركز للدائر ـ الجوهر السنجابى خصوصا القرن المقدم للمحور الشوكى ـ العصب المحرك) فى أى محل كما يحصل ذلك فى أمراض الاعصاب الدائرية وأمراض النخاع وقد تفقد الافعال المنعكسة الجلدية شدتها أو تنقطع متى تعادلت المراكز أو قطع السقوط الانعكاسى بتأثير راجح فى المراكز أو الالياف المخصوصة بالافعال المنعكسة ومن ثم يحصل ازدياد غير طبيعى فى الافعال المنعكسة الجلدية وينشأ ذلك اما عن زيادة قابلية تنبيه الاجزاء التى تنجم عنها الافعال المنعكسة كما فى كثير من أحوال نمو الحساسية الجلدية وفى التسمم بالاستريكنين وفى كثير من الامراض العصبية العمومية واما عن امتناع فعل التأثيرات المانعة التى تضغط فى الحالة الطبيعية على المراكز الانعكاسية كما فى بعض أمراض النخاع والدماغ وازدياد الافعال المنعكسة الجلدية يحصل بسبب ان الحركات الانعكاسية تكون بحدة مخصوصة لادنى منبه جلدى أو بسبب ان تلك الحركات تنتشر فى أقسام عضلية متسعة عن المعتاد

(والثانية) ـ الافعال المنعكسة الوترية ـ يجب بعد بحث الافعال المنعكسة الجلدية ان تبحث الظواهر المعروفة بالافعال المنعكسة الوترية لما لها من الاهمية العظمى وأول من شرحها اربو وستفال سنة ١٨٧٥ والمراد بها الانقباضات العضلية التى تظهر عقب التنبيه الميخانيكى للاوتار والاجزاء المشابهة لها كالسمحاق والصفيحة وفى هذه الحالة ينشأ

عن الاعصاب الحساسة للاوتار بطرق انعكاس بواسطة النخاع الشوكى انقباض عضلى فاذا علق ساق المريض أو ثنى ثنيا خفيفا أو طرق بمطرقة القرع على الرباط الرضفى حصل انقباض شديد فى ذات الرؤس الاربع يعطى للساق حركة تمدد وهذه الظاهرة تعرف باسم الفعل المنعكس الرضفى أو بظاهرة الركبة على رأى (وستفال) ولاجل اظهارها الابدان الشخص يجتنب كل توتر فى عضلات الساق خصوصا العضلة الممدة للفخذ

أما الفعل المنعكس الوترى الذى يمكن ايجاده فى الطرف السفلى فهو الفعل المنعكس لوتر اشيل فاذا انثنى القدم انثناء ظهريا خفيفا بحيث يمتد وتر اشيل امتدادا معتدلا وينصدم صدمة حادة فى هذه اللحظة شوهد عضل سمانة الساق فى انقباض وفى الاحوال العادية لا يوجد غالبا هذا الفعل المنعكس ومتى كانت الافعال المنعكسة الوترية زائدة ظهر الفعل المنعكس بغاية السرعة وحينئذ يمكن تنبيه وامتداد وتر اشيل بانثناء ظهر القدم بحركة فجائية قوية وينتج من هذا التنبيه انثناء أخمص القدم بطريقة الانعكاس واذا امتد وتر اشيل ثم امتد ثانيا بالانثناء القائم المتكرر دائما على ظهر القدم نتج عن ذلك جملة انثناآت متعاقبة لظهر وأخمص القدم فيرى ان القدم مهتز بارتعاشات شديدة وهذه الظاهرة التى لا يمكن احداثها عند السليمين الا فى حالة استثنائية تعرف باسم ارتجاج القدم أو ظواهره على رأى (وستفال) واذا زادت الافعال المنعكسة الوترية زيادة فوق العادة فلا تقتصر على القدم بل يكون فى الساق كله ارتجاج شديد كان يعرف سابقا باسم الصرع الشوكى وقد يحصل نوع ارتجاج مستمر للفعل المنعكس بجذب الرضفة جذبا فجائيا الى الاسفل وهى ممسوكة مسكا قويا بين الاصابع فهاتان الظاهرتان (الفعل المنعكس الرضفى والفعل المنعكس لوتر اشيل أى ظاهرة القدم) هما فى الحقيقة الاكثر أهمية والانفع فى العمل ولكن يوجد ظاهرة أخرى وهى انه يحصل عن قرع السمحاق والعظم أحيانا انقباضات عضلية تسمى بالافعال المنعكسة السمحاقية العظمية وعلى ذلك يحصل غالبا بقرع الجهة المقدمة من قصبة الرجل انقباض فى ذات الرؤس الاربع للفخذ فضلا عن ظهور حركات مبعدات الفخذ بقرع النتوء اللقمى الانسى للقصبة وكذا انقباضات فى عضلات الجزء الخلفى للفخذ بقرع سمانة الساق الخ

وفى الاحوال المعتادة تكون الافعال المنعكسة الوترية فى الاطراف العليا غالبا ولا تدرك الا قليلا مالم تتقدم أما اذا كانت قابلية التهيج شديدة فان الافعال المنعكسة الوترية تمكث الى ما لانهاية وتكون سريعة الهبوط واهم الافعال المنعكسة السمحاقية وأكثرها ثباتا هى التى تحدث فى العضلة الطويلة الباطحة والعضلة ذات الرأسين وغيرهما بالقرع على الطرف السفلى للكعبرة والزند ثم التى تحدث فى ذات الرأسين بقرع وترها عند ثنية الذراع وفى العضلة ذات الرؤس الثلاث بقرع وترها فوق النتوء المرفقى وقد يحدث ارتجاج مستمر فى اليد بثنى راحتها بحالة قاصرة وسنتكلم على الشروط الخاصة والحالة التشخيصية لهذه الافعال فى مبحث مخصوص وسنرى ان عدم وجود الافعال المنعكسة الوترية يميز عدة أمراض شوكية كالتهاب النخاع المتعدد واختلال الحركة ويميز أيضا أغلب أنواع الشلل الدائرى

ومما سبق يعلم اننا ذهبنا ضمنا الى أن طبيعة الظواهر المسماة بالافعال المنعكسة الوترية من الامور المحققة وهذا هو رأى (ايرب) فى مبدأ الامر وقد مال اليه الآن معظم المشتغلين بالامراض العصبية اعتمادا على ما ظهر لهم من التجارب الاكلينيكية وهذا لا يمنعنا من القول بان طبيعة تلك الافعال مشكوك فيها على رأى (وستفال) وغيره لانه اعتبر هذه الظواهر كنتيجة حاصلة عن تهيج ميخانيكى مباشرة حادث بسبب تزعزع العضلة أو اسطالتها ولكن حيث ان الابحاث التجريبية المحكمة التى فعلت أخيرا الايضاح هذه الظواهر مما تؤيد طبيعتها المنعكسة وان عدة قضايا اكلينيكية كالانقباضات على مسافة والانقباضات المتصالبة لا يعبر عنها بغير ذلك فيحسن بنا أن نحافظ فيما سيأتى على تسمية هذه الظواهر بالافعال المنعكسة

(المبحث الخامس فى عموميات تتعلق بتنوعات قابلية التنبيه الكهربائى فى الاعصاب المحركة والعضلات)

اعلم ان الكهربائية ليست فقط من الوسائط العلاجية المهمة فى الامراض العصبية بل لها أهمية كبرى فى امتحان المرضى بها لان من التنبيه الكهربائى للعضلات والاعصاب

المريضة يستنبط التشخيص والانذار
ولاجل كمال البحث الكهربائي يلزم ان يفعل بانواع التيارات أى التيار الفارادى والتيار الثانوى والتيار الجلوانى ولهذا الصدد يوضع أحد القطبين وهو الذى لا يتأثر على القص أو القفا والقطب الثانى وهو الذى يتأثر على العصب أو العضلة المراد امتحانها فيسمون التنبيه الحاصل بواسطة تنبيه العضلة بواسطة العصب والتنبيه بلا واسطة التنبيه الذى يتأثر على العضلة بوضع القطب الكهربائي على جسم العضلة نفسه والتنبيه بالتيار الفارادى يثبت امكان احدوث انقباضات عضلية واضحة امابالتأثير بواسطة الاعصاب واما بتهييج العضلات فى جميع الحال التى تكون شديدة التأثير وبتقوية التيار يستحيل الانقباض الاولى الى انقباض شديد عضلى

وفى البحث الجلوانى يكون القطب الذى لا يتأثر مؤديا مع مساعده بالتعاقب وظيفة القطب السالب (قطب الزنك) والقطب الموجب (قطب النحاس وقطب الفحم) للتيار الجلوانى فبهذه الطريقة القطبية قد وصلت الى قانون الانقباض الذى ينطبق بلا فرق على الاعصاب المحركة والعضلات

وعند الابتداء بتيار ضعيف لا يشاهد من أول الامر أدنى تنبيه ثم اذا ازداد شيأ فشيأ شوهد فى العضلة انقباض ضعيف عند غلق وفتح التيار حال ما يكون القطب السالب هو المؤثر واما غلق وفتح التيار الموجب فلا يحدث شيأ واذا زيدت قوة التيار فانقباضات غلق القطب السالب تصير شديدة شيأ فشيأ

(الفصل الثانى فى الاشكال الخصوصية للشلل الدائرى)

(المبحث الاول فى أنواع شلل عضلات العين)

(الاسباب) — اعلم ان غالب أنواع الشلل التى تصيب عضلات العين تنشأ عن اصابة أعصاب هذا المجموع العضلى فى سيرها الدائرى أو فى نواياتها المركزية وبذا نعلم ان للشلل هنا نوعين أحدهما الشلل الدائرى والثانى الشلل النواتى لعضلة العين الذى يتعلق بالشلل البصلى المزمن ونقتصر هنا على ذكر الاسباب المهمة للنوع الاول فنقول

(أولا) — التأثيرات الجراحية التى تؤثر على جذوع الاعصاب أو فروعها كما فى رض العين وضربات المدية والكسور التى تحصل فى الحجاج أو فى قاعدة الجمجمة ونحو ذلك

(ثانيا) — ضغط الاعصاب بالامراض المجاورة خصوصا الاورام التى تصيب قاعدة الجمجمة فانه ينشأ عنها أنواع الشلل العينى وكذا التهاب السمحاق القاعدى أو الحجاجى والامراض الزهرية للاعصاب أو للمنسوج المحيط بها (كالسحايا والسمحاق) وكذا أنوريزما الشرايين القاعدية والالتهاب السحائى الحاد أو المزمن فالتأثير فى الغالب ينشأ عن ضغط ميخانيكى على الاعصاب المذكورة بواسطة تولدات مرضية كائنة فى مجاورتها ويندر امتداد التولدات المرضية مباشرة الى العصب نفسه

(ثالثا) — كثيرا ما تشاهد أنواع شلل عينى تسمى بالروماتزمية وهى تحدث بسبب البرد المعتاد كالتيار الهوائى الذى يمر من منفذ مفتوح ويحتمل ان هذه الانواع الدائرية تكون ناشئة عن التهاب عصبى حاد فى هذه الاعصاب ويمكن عدها من أنواع الشلل الروماتزمية كالشلل الوجهى الناشئ عن البرد مثلا وبعضهم شبه بانواع الشلل الروماتزمية الانواع التى تبدو فى الظاهر ذاتية وتزول بالكلية من غير ان تنسب لسبب آخر ظاهر

(رابعا) — تعد أنواع الشلل العينى التابع لبعض الامراض الحادة من أنواع الشلل الدائرى ويمكن نسبتها الى استحالة التهابية للاعصاب المذكورة وهذه الانواع تعقب غالبا الدفتيريا ونادرا التيفوس والجدرى الحاد والديابيطس السكرى

(الاعراض) — نذكر منها ماله الاهمية فى الامراض العصبية فالمرضى المصابون باضطراب فى احدى كرتى العين يعرفون ذلك برؤية الشئ مزدوجا (النظر المزدوج) وينشأ هذا الازدواج من كون الانسان لا يمكنه عند ما يريد توجيه النظر للجهة المشلولة ان يجعل العين فى الوضع الطبيعى المراد بحيث ان المرئيات لا تقع على النقط المتشابهة للشبكية فاذا كانت المحاور البصرية مصابة بتقارب مرضى تحدث صورتان متماثلتان واذا كانت مصابة بتباعد مرضى كانت الصورة المزدوجة متصالبة أعنى انه فى الحالة الاولى تزول الصورة الموضوعة جهة العين المغلقة وفى الحالة الثانية تزول الصورة الكائنة فى الجهة المضادة للعين

المغلقة وللتحقيق من ذلك يتأمل فى أصبعين بالتعاقب مجعولتين خلف بعضهما مع اعتبار ان الاصبع غير المنظورة تزول اذا أغلقت احدى العينين فاذا ظهر للشخص بنظره جهة اليمين صورة متصالبة كان مصابا بحول وحشى و بناء على ذلك يحكم بعدم كفاية العضلة المستقيمة الانسية للعين اليسرى أما اذا كان بعكس ذلك بان ترى الصورتان متشابهتين كان الموجود حولا انسيا وضعفا فى العضلة المستقيمة الوحشية للعين اليمنى وتسهل تجربة المرئيات المزدوجة اذا وضع امام العين زجاج ملون فبواسطة هذه المرئيات و بمجهودات الفعل العصبى تحدث ارتسامات كاذبة فى الابصار ومن ثم يحصل تردد فى معرفة المحل الذى تشغله المرئيات فى الخارج ويتولد غالبا من هذه الحالة استعداد عظيم للدوار متى كان شلل العين عظيما وحذرا من هذه المضار يضطر كثير من المرضى الى قفل العين المصابة والابصار بالاخرى فقط و يميلون وجوههم كأنهم يتجنبون ازدواج المرئيات

وبالبحث التشريحى تظهر النتائج الآتية على حسب امتداد الشلل فمتى كان العصب المحرك البصرى (الذى يحرك رافعة الجفن العلوى والمستقيمة العلوية والسفلى والانسية والصغيرة المنحرفة والقاصرة للقزحية والعضلة الهدبية) مشلولا يحصل زيادة عن اضطراب حركة العينين سقوط كامل للجفن العلوى فاذا أمر المريض مع ثبوت رأسه بالتأمل فى شئ وضع امامه بأوضاع مختلفة يرى فى الحال ان الحركة من أعلى وأسفل وداخل العين المريضة لا وجود لها وتكون الحدقة متمددة ولا تنقبض للضوء الساقط والتكيف ينقطع ورؤية الاشياء القريبة الواضحة تستحيل وتظهر كرة العين فى حالة السكون متوافقة قليلا وهذا ناشئ من كون الجذب الى الخلف للعضلات المستقيمة غير حاصل وفى أنواع شلل المحركة العينية القديمة يحصل أحيانا انقباض ثانوى للمستقيمة الوحشية غير المشلولة والكبيرة المنحرفة فيجعل العين مجذوبة دائما الى الخارج وأحيانا تشاهد أنواع الشلل الجزئية للمحرك العينى المشترك خصوصا سقوط الجفن العلوى وشلل المستقيمة الانسية والسفلى والعليا وشلل التكيف فى الحالة المنعزلة وتعرف هذه بسهولة اذا التفت الطبيب لما أسلفناه وشلل العصب المبعد أى المحرك العينى الوحشى يتصف بشلل العضلة المستقيمة الوحشية بحيث لا يمكن العين بالكلية أو يمكنها لحد معلوم التباعد عن الخط المتوسط

ومتى أزمن هذا الشلل يرى ان فعل العضلة المستقيمة الانسية يتزايد فى جذبه مقلة العين الى الانسية ومن ذلك ينتج الحول الانسى وشلل العضلات المبعدة يحدث بحالة انفراد فى الجهتين معا وقد يتحد بأنواع أخرى من أنواع الشلل العينية

(شلل العضلة المنحرفة العلوية) — هذا الشلل لا تسهل معرفته وليس له أهمية فى العمل وتأثير هذه المنحرفة يتفق مع تأثير العضلة المستقيمة السفلى و يعرف هذا الشلل بعدم انقياد المقلة العينية للحركات التى تتجه بها الى الاسفل والداخل وينشأ عن ذلك انقطاع الحركة الدورانية المتمتعة بها المقلة فى الاحوال الطبيعية متى نظر الى الاسفل وهذه الحركة تكون تحت سلطة العضلة الكبيرة المنحرفة وتجعل العينين يدوران حول محور مقدم خلفى يمر بخط متوسط (الانف) بحيث ان العين اليسرى تتجه من اليسار ومن أعلى الى اليسار وأسفل وتتجه اليمنى من اليمين ومن أعلى الى اليمين وأسفل ومن المميز لهذا الشلل أيضا أن الصورة المزدوجة فيه لا تكون الا فى النصف السفلى من المد البصرى كان نظر الانسان متجه الى أسفل فقط ولهذا تسهل مشاهدة عدم انتظام البصر حال الصعود على السلم

وهناك عرض آخر يشاهد تقريبا فى جميع أنواع شلل عضلات العين وهو الزوغان الذى يعبر عنه بالزوغان الثانوى للعين السليمة فبعد تغميض العين السليمة يثبت للعين الاخرى نقطة لا يمكنها أن تصل اليها أبدا أو تصل بتجشم شدة جسيمة فيشاهد حينئذ أن العين السليمة فى الوقت الذى تكشف فيه هذه النقطة تتجه للاتجاه السابق

ويضاف الى ذلك الشلل العينى الحدارى الذى يصيب غالبا العصب المحرك الوحشى وأحيانا المحرك المشترك أو بعض فروعه مثل السقوط المنعزل للجفن العلوى وقد شوهد ذلك حديثا فى الشلل التام لمجموع عضلات العين اليمنى الناشئ عن برد شديد (السقوط التام عدم الحركة المطلقة للكرة العينية فى جميع الاتجاهات) وكذا يشاهد الشلل العينى الناشئ عن سبب حدارى بطريقة حادة وتكون هذه الانواع أحيانا مشتركة فى الابتداء مع احساسات مؤلمة فى قسمى العين والرأس

وسير أغلب أنواع الشلل العينى الحدارى يكون حميدا بعد مضى بعض أسابيع أو أشهر ثم يحصل الشفاء التام ومع ذلك توجد أنواع تبقى مدة كالشلل العينى الدفتيرى وما ماثله وهذه

الانواع تصيب بالاولى عضلات التكيف حتى ان المرضى تشتكى بالاختلاط فى نظر الاشياء من قرب ومع ذلك تشاهد أيضا أنواع شلل العضلات الظاهرة للعين المستقيمة الوحشية أو الانسية وانذار أنواع الشلل الدفتيرى يكون دائما جيدا

ومن أنواع الشلل الشلل العينى الدورى وان كانت طريقة ظهوره لم تعلم ولذا حث بعضهم على الالتفات له خصوصيا ومنها أيضا ما يشاهد أحيانا فى زمن الطفولية وفى مسافات كثيرة البعد أو قليلته وأحيانا فى زمن الحيض ومنها ظهور أنواع شلل متكررة لاحد الاعصاب المحركة العينية وتصطحب أحيانا بصداع وقيء ومدة هذه النوب لا تزيد غالبا عن بضع أيام وفى بعض الاحيان تمتد الى أسابيع وبالاجتماع يزيد خطرها شيأ فشيأ وليس فى الامكان ان توضع قواعد عامة موافقة لسير وانذار الاشكال الاخرى من أنواع الشلل العينى حيث ان جميع أنواعه متعلقة بالمرض الاساسى

(المعالجة) – اعلم انه يلزم لاجل معالجة أنواع الشلل العينية ذات الاصل الزهرى ان يعالج السبب المحدث لها فيستعمل لذلك يودور البوتاسيوم دلكا لانه فعال فى مثل هذه الاحوال ونتائجه حسنة جيدة وينبغى اتباع ذلك فى الاحوال المشكوك فيها أما فى غير هذه الانواع فتستعمل المعالجة الكهربائية الجلوانية التى تنتج نتائج حسنة بأن توضع التيارات الضعيفة على الصدغين والاحسن أن يوضع القطب الموجب على القفا ويوضع القطب السالب على العين المغلقة خصوصا على النقط المشلولة ولا بد حينئذ من الاحتراس فى العمل بان لا يكون التيار قويا بل يكون فى الابتداء ضعيفا ثم يزداد شيأ فشيأ وذلك حذرا من حصول الرجات الشديدة وزيادة على ذلك تستعمل التحاضير الاستريكنينية من الباطن والاحسن استعمالها فى قسم الحجاج بالطريق الجلدى وأما كيفية اصلاح الصور المزدوجة بواسطة الزجاجات المنشورية فتعلم من المؤلفات المخصوصة وأما الاعمال الجراحية التى يلتجأ اليها فى بعض الاحيان فهى قطع العضل وكيفية ذلك تعلم من فن الجراحة وقد حصل لى شلل فى العضلة المستقيمة الوحشية للعين اليمنى بسبب نزول صاعقة بالقرب منى وشفى هذا الشلل فى مدة اسبوعين باستعمال نظارة كانت زجاجتها التى أمام العين المريضة معتمة

(المبحث

(المبحث الثانى فى شلل الفرع المحرك للتوأمى الثلاث أى شلل عضلات المضغ)

شلل عضلات المضغ (المصغية والصدغية) التى تأتى لها الاعصاب من الفرع الثالث للتوأم الثلاث هو مرض نادر ويشاهد غالبا فى آفات قاعدة الجمجمة التى تضغط على الفرع المحرك فى عصب الزوج الخامس وسنعلم مما يأتى ان الشلل المضغى يكون نادرا فى الآفات المزمنة للبصلة الشوكية النادرة والعرض الرئيس له هو صعوبة أو استحالة المضغ فان كان الشلل فى جهة واحدة أمكن المضغ على الجهة السليمة فقط وان كان فى الجهتين تعذر المضغ عليهما ويكون الفك السفلى متدليا رخوا وليس له قدرة على الحركة فى الاتجاه الجانبى وذلك بسبب الشلل المتعاقب للجناحين ويصطحب غالبا بتكدرات فى الحساسية لمحل توزع التوأم الثلاث

(الانذار والمعالجة) – يتعلقان بالمرض الاصلى ويجرب التيار الكهربائى الموضعى أو الجلوانى على العضلات المشلولة

(المبحث الثالث فى شلل العصب الوجهى)

(الاسباب) – من شلل الاعصاب الدائرية كثيرة الحصول شلل العصب الوجهى وسبب كثرته ان وضعه سطحى ومروره من مسلك ضيق وهو قناة فلوب ومن أسباب حصوله تأثير البرد من تيار هوائى بارد حال نوم الانسان بالقرب من منفذ مفتوح أو حال سفره فى عربة ذات منافذ غير مغلقة والشلل الذى ينشأ عن هذا السبب يقال له الشلل الحدارى وأما الشلل الذى لا ينشأ عنه فيقال له ذاتى ومن الجائز أن ينتج عن التهاب فى جذع العصب لا يعلم سببه ومنها أمراض البصلة وأمراض الصخرة والاذن المتوسطة لان الالتهاب عند تسوس الصخرة يمتد الى جذع العصب أو انه ينضغط بالنضح الالتهابى ويندر أن ينشأ هذا الشلل من تأثير ورم النكفة ومن آفات قاعدة الجمجمة أو المخ كاورامها النوعية أو الالتهابية حادة كانت أو مزمنة اذا وصلت الى جذع العصب

(الاعراض) – أعراض شلل العصب الوجهى تختلف نظرا لتعدد فروعه وعلى كل حال فالعرض الرئيس لهذا المرض هو شلل العضلات المكيفة للوجه ويكون هذا الشلل

قاصراعادة على نصف الوجه الذى يكون مسترخيا عديم الثبات فى الجهة المصابة وتكون العين مفتوحة دامعة والثنية الانفية الشفوية فاقدة وزاوية الفم مسترخية واللعاب سائلا ويكون الشلل واضحا عند حركة الوجه وعند تقارب الحاجبين وعند الضحك أو الكلام أو الصفير أو نفخ الشدقين ولا يمكن أن يغلق المريض اجفان الجهة المشلولة وحينئذ تتجه مقلة العين الى الاعلى ومن عدم القدرة على غلق الاجفان تصير العين عرضة للمنبهات الخارجية كالتراب وغيره فتكون عرضة للرمد ولا ينتظم الكلام ويتعسر المضغ لشلل الخد ويحصل خدل فى اللهاة ويتجه لسان المزمار الى الجهة السليمة بسبب شلل الالياف العصبية للوجه التى تصل الى العقدة الوتدية الحنكية ومنها الى اللهاة وقد توجد اضطرابات فى حساسية الذوق يكون مجلسها الثلثين المقدمين من اللسان للجهة المشلولة بسبب تفمم الفرع الطبلى مع الوجهى فى جزء من سيره وفى بعض الاحوال تضعف حساسية اللسان بسبب اصابة الحبل الطبلى وينقص افرازا للعاب ويجف الفم من الجهة المشلولة وقد يحصل أيضا اضطراب فى السمع بزيادة احساسه ويأتى ذلك من شلل عضلة الركاب فيتسلطن عليها فعل العضلة المتوترة لغشاء الطبلة واذا كانت الاصابة قاصرة على جزء من العصب الوجهى أسفل قناة فلوب فلا يحصل اضطراب فى حساسية الذوق واللعاب والسمع واللهاة واذا كان الاضطراب واقعا على هذه الاعضاء كان مجلس الاصابة فى قناة فلوب عادة

ولسير شلل العصب الوجهى ثلاثة اشكال الاول الشلل الخفيف وهو الذى ينسب اليه الشلل الحدارى ويكون قاصرا على شلل عضلات الوجه وتكون حينئذ حافظة لتأثير الكهربائية وشفاء هذا الشكل يحصل فى جمعتين أو ثلاثة الثانى الشلل المتوسط وهو الذى يكون فيه التنبيه الكهربائى ضعيفا والانقباضات العضلية بطيئة والاستحالة العضلية ضعيفة جدا أو جزئية وهذا الشكل يخفى ثم يعود بعد جمعتين أو ثلاثة الثالث الشلل الخطر وهو الذى يصطحب باستحالة تامة فى العصب الوجهى وفى العضلات ويفقد فيه التنبيه الكهربائى وشفاؤه اذا أمكن لا يحصل الا بعد شهرين أو ستة حتى يزول ما حصل من الاستحالة

(الانذار) – الحكم على العاقبة يتعلق بشدة المرض وطبيعته لان الشلل الناتج عن

أورام قاعدة المخ أو عن تسوس فى الصخرة غير قابل للشفاء مادام سببه موجودا وكذا الشلل الناتج عن آفة فى الاذن المتوسطة وأما الذى يتعلق بتأثير البرد فهو قابل للشفاء وليس بخطر كما ذكرنا

(التشخيص) – علامات شلل العصب الوجهى واضحة فتتيسر معرفته بمجرد النظر وبالبحث عن السبب يعرف ان كان ناتجا عن الحدار أو عن آفات الاذن أو آفات داخل الجمجمة فاذا كان عن آفة داخل الجمجمة صحبته اعراض ناتجة عن اصابة البصلة المخية تظهر فى أعصاب أخرى كائنة فى قاعدة الجمجمة فضلا عن ان الكهربائية تؤثر فى الشلل الدائرى وفى الشلل البصلى اذا كان الياف العصب الوجهى مصابة تحت نواته المركزية وفى شلل العصب الوجهى الناتج عن اصابته المخية وفرعه الجبهى يحفظ حركته فى أغلب الاحوال ويشترك فى الشلل اذا كانت الاصابة دائرية والشلل الوجهى الذى أصله مخى لا يمنع غلق الاجفان

(المعالجة) – المعالجة الاصلية لهذا الشلل ذات أهمية اذا كان مرتبطا بآفة فى الاذن أو مرتبطا بورم يمكن استئصاله كورم فى النكفة أو متعلقا بالداء الزهرى وحينئذ تكون المعالجة سهلة معلومة أما فى غير ذلك فالعلاج الوحيد هو الكهربائية فيكهرب بتيار مستمر ضعيف على الجزء الصدغى المضغى من أربع الى ست مرات فى الاسبوع كل مرة من دقيقتين الى ثلاث ويوضع القطب السالب على الحفرة الاذنية والقطب الموجب يمر على فروع العضلات وقد استعمل أيضا الحقن تحت الجلد بمحلول كبريتات الاستريكنين سنتى واحد على ١٠ يحقن بها ثلاث مرات أو أربع فى الاسبوع من نصف حقنة الى حقنة براقاس وقد تحصل نتيجة من شد الاعصاب بان توضع كرة من الخشب فى الشدق مع تكبيس الجزء المصاب

(المبحث الرابع فى شلل الاطراف العليا)

منها العضلة الدالية المتوزع فيها العصب الابطى وشللها يعد من الشلل الدائرى المضاعف وسببه يكون فى الضفيرة العضدية وقد يكون بمفرده ناتجا عن سبب باد أو عن تأثير حدار لانه يحدث التهابا فى العصب يبتدئ بالكتف وينتهى بعدم قدرة العضلة الدالية على

رفع العضد واذا مكث هذا الشلل مدة حصل ضمور فى العضلة والتأثير الكهربائى يبين لنا حصول استحالة فيها وأما شلل العضلة الصغيرة المستديرة المثنية بالعصب الابطى أيضا فلا يتيسر تشخيصه

ومنها العضلة ذات الرأسين والعضدية الانسية المتوزع فيها فروع عضلية وجلدية وشللها لا يحصل بمفرده الا نادرا جدا فيشاهد مصحوبا بشلل آخر ويكتسب فيه الساعد وضع البطح ولا يمكن انثناؤه وقد يصحبه ضعف فى حساسية الساعد لاصابة الفرع الحساس لهذا العصب

(ومنها العصب الكعبرى) — هذا العصب عرضة لشلل كثير الحصول ينتج عن ضغط وقع عليه وذلك يحصل خصوصا فى مدة النوم لانضغاط العصب بين العضد والجذع وفى حال استناد الرأس على الذراع خصوصا اذا كان الشخص مضطجعا على كرسى فيحس بخدر فى الذراع عقب اليقظة ويضاف الى ذلك الاسباب البادية وتأثير العكاكيز أو ضغط حبل ملتف عليه وتأثير البرد الا أنه ضعيف والشلل الناشئ عن الرصاص يشغل كثيرا العصب الكعبرى الذى يعطى فروعا لذات الثلاث رؤس والعضلات الباسطة للساعد فشلل العضلة ذات الرؤس لا يحصل اذا كانت الاصابة شاغلة للجزء المرتفع من العصب كضغط العكاكيز وضغط الخلع وفى شلل الضفيرة العضدية الخ ويعرف شلل العضلة ذات الرؤس بعدم القدرة على بسط الذراع

ومنها العضلات الباسطة للساعد أى شلل القسم الخلفى للعضد ولا يعرف الا اذا صار الطرف مريضا فلا يتيسر انقباض عضلات ظهر اليد والعضلة الزندية للمشط والطويلة والقصيرة الكعبرية كما لا تتيسر الحركات الجانبية لليد كالكب والبطح وتكون الاصابع مثنية على اليد وكذا تصاب العضلات الباسطة المشتركة للاصابع والباسطة للسبابة والاصبع الصغيرة وتكون الاصبع الكبيرة مثنية الى الراحة انثناء لا يصل الى درجة الكب والبسط التامة لاصابة الطويلة والقصيرة الباسطة للابهام وقد يشاهد غير اضطراب الحركة تغير خفيف فى الاحساس يكون بالاكثر فى النصف الكعبرى لظهر اليد والسطح الظهرى للسلامى الاولى للابهام والسبابة والوسطى والتأثير الكهربائى هنا يكون مثل التأثير الكهربائى

لشلل

لشلل الحركة للاعصاب الاخرى فيكون محفوظا فى الحالة الخفيفة وفى ابتداء الامر ثم يقل وتضمر العضلات ومن المهم معرفته انتفاخ أوتار ظهر اليد الذى يحصل فى شلل العصب الكعبرى خصوصا فى الشلل الحاصل من املاح الرصاص وجائز أن يكون ناتجا عن الانسداد الذى يحصل فى هذه الاوتار

ومنها العصب الزندى — شلل هذا العصب يصطحب بالشلل الضمورى العمومى ويكون ناتجا عن مؤثر باد كالجروح والكسور والخلوع التى تصيب العضد والكتف أو عن ضغط أثر على هذا العصب ومع ذلك فشلله نادر وانقباض اليد وحركتها الجانبية الزندية تصاب ولا تتم حركة الاصابع الثلاثة الاخيرة ولا انقباضها بسبب شلل العضلات القابضة الغائرة للاصابع ولا تتم حركة الاصبع الصغيرة أيضا لاصابة ارتفاع تحت تينار ومما ننبهنا أيضا شلل العضلات بين العظام الذى ينشأ عنه عدم انقباض السلاميات الاولى والاخيرة للاصابع الاربعة الاخيرة وأما الاصبع الكبيرة فلا يمكن تقريبها بقوة الى عظم مشط السبابة لشلل العضلة المقربة له وفى الاحوال التى يحصل فيها شلل خطر للعصب الزندى يحصل خلاف الضمور العضلى الناتج عن الشلل اتساع المسافة بين عظام مشط اليد فتكتسب هيئة مخصوصة بسبب انخفاض العضلات المضادة لها بين العظام فالسلاميات الاولى يحصل فيها انقباض وانحناء جهة ظهر الاصابع وأما السلاميات الانتهائية فبالعكس لانها تنحنى بكيفية تكسب اليد هيئة خربوش الطائر (مخلبه) واذا وجد تغير فى الاحساس وصل الى راحة السلاميات الاخيرة والى ظهر الاصابع الثلاثة الاخيرة وظهر اليد المجاورة

ومنها العصب المتوسط — شلل هذا العصب يحصل عادة بسبب باد كجرح أو ضرب الخ (راجع ذلك فى الجراحة)

ومنها شلل الضفيرة العضدية المضاعف بشلل العضل الذى يتفرع فيه جملة فروع عصبية وذلك يحصل بكيفيات مختلفة خصوصا عقب المؤثرات البادية التى أصابت الضفيرة العضدية (راجع شرحها فى كتب الجراحة)

(الانذار) — ما قيل فى شلل العصب الوجهى يقال فى الشلل الدائرى للضفيرة العضدية فاذا حصل نوع استحالة فى الالياف العضلية كان الشفاء عسرا والمرض خطرا

(المعالجة) – يلزم استعمال مايؤثر على السبب ان كان سببا باديا مثل الاورام أو أثر الالتحام أو عظميا ثم اذا لم توجد هذه الاسباب الظاهرة تستعمل الكهربائية لانها أكثر نفعا والتيار المستمر أحسن من التيار المتقطع فيوجه التيار الكهربائى على عصب العضل المشلول ويستعمل أيضا الدلك الكؤلى والدلكات المنبهة والتكبيس المنتظم للعضل المشلول وحمامات تيلتس وديسبان جيدة النفع

(المبحث الخامس فى شلل الحجاب الحاجز)

(الاسباب) – شلل الحجاب الحاجز يندر وجوده بمفرده ويحصل عقب جرح العصب الرئوى المعدى فى العنق أو يحصل من تأثير الحدار وكذا عند الاستيريين يحصل خدل فى الحجاب الحاجز والظاهر أنه ناشئ من التهاب الغشاء المصلى له ويحصل أيضا فى حال اصابة النخاع العنقى وفى التهاب النخاع الصاعد وفى الضمور العضلى الساعى وفى الالتهاب العصبى المتعدد الخ ففى كل هذه الاحوال يكون هذا الشلل عرضا خطرا يعجل الموت لضيق النفس

(الاعراض) – معرفة اعراض شلل الحجاب الحاجز سهلة خصوصا اذا كان نصفيا فيشاهد تعاقب حركات التنفس وزيادتها من الاضلاع العليا ومن أقل مجهود يصير التنفس نهجا ومن جهة أخرى لا تستشعر اليد بحركات التنفس فى الجهة المشلولة ففى هذه الجهة يضيق التنفس بسبب شلل حجابها او النزلة الرئوية التى تصيب الجهة السفلى للرئة وأيضا تحصل نزلة شعبية لعدم تميم وظائف الحجاب

(الانذار) – هذا الشلل حميد اذا كان سببه الاستيريا أو الحدار وخطر فى غير ذلك

(المعالجة) – معالجة هذا المرض تنحصر فى استعمال الكهربائية على الحجاب الحاجز من جهة وبتأثيرها على العصب الرئوى المعدى من جهة أخرى

(المبحث السادس فى شلل الاطراف السفلى)

منها العصب الوركى – شلل هذا العصب لا يوجد بمفرده الا نادرا

(الاسباب والاعراض) – يحصل هذا المرض من أسباب بادية كالضغط على العصب باورام فى الحوض أو الورك ومن آفات الفقرات ومن خراجات الآبسواس واعراضه

سهلة المعرفة لان الفخذ لا يمكن ثنيه على الحوض كما لا يمكن أن ينصب الجذع اذا كان فى وضع افقى والفخذ المثنى يتعذر بسطه ويصعب الوقوف والمشى وشلل العضلة الخياطية والعانية يتسبب عنه اعراض خصوصية ويوجد اضطراب الاحساس فى النصف السفلى من السطح المقدم للورك وفى الوجه الانسى من الساق لغاية الاصبع الكبيرة لاصابة العصب الصافن

ومنها العصب الساد – الشلل فى هذا العصب نادر اذا كان بمفرده ويعرف بعدم حصول حركة كب فى الفخذ لانشلال كل من العضلة الكبيرة السادة والطويلة والقصيرة الكابة والنصف وترية فيحصل عدم القدرة على تصالب الساقين ويعاق دوران الفخذ الى الخارج لمناسبة اصابة العضلة السادة الوحشية ويحصل أحيانا اضطراب فى حساسية الجزء الانسى من الفخذ

ومنها الاعصاب الآلية – شلل هذه الاعصاب نادر ويعرف بحصول صعوبة فى المشى وتعب فى صعود السلالم

ومنها الشلل المتعلق بالعصب الفخذى – وهو يحصل من سبب باد ينشأ من ضغط بعض فروع عصبية عند اصابة الفقرات ومن وجود أورام فى الحوض أو من الولادة الصعبة ويندر أن يحصل من اصابة حدارية كالتهاب فى العصب الوركى

ومنها العصب الشاظى – شلل هذا العصب قد يشاهد بمفرده ويعرف برخاوة القدم حتى ان المريض يجر طرف قدمه عند المشى ولذا يلتجئ لرفع الساق عند فعل خطوات موزونة مع رفع طرف القدم ويكاد ظهر القدم ان يفقد انثناءه بسبب شلل العضلة الساقية المقدمة والطويلة الباسطة المشتركة للاصابع والطويلة الباسطة للاصبع الكبيرة وكذلك العضلة المقربة للقدم والعضلات الشاظية وفى الاحوال المزمنة يحصل نوع اعوجاج فى القدم من الانقباضات التابعة لعضلات سمانته

ومنها العصب القصبى – وينشأ عن شلله عدم انثناء راحة أخمص القدم ولا يمكن الوقوف على طرف القدم ولا يتيسر فعل الكابة للقدم والمثنية لاخمص الاصابع بسبب الانقباضات الثانوية وحينئذ يصير القدم مجوفا وتنشل العضلات بين العظام وفى شلل الجذع الوركى

يضاف على هذه الاعراض عدم قدرة انثناء الساق على الفخذ الى الخلف بسبب شلل ذات الرأسين الفخذية والنصف غشائية والنصف وترية وفى الشلل القاصر على جهة يتيسر المشى نوعا ويجوز حصول اضطراب فى حساسية الجزء الخلفى من الساق

(المعالجة) — معالجة شلل عضلات الاطراف السفلى هى عين ما ذكر فى معالجة الاطراف العليا

(المبحث السابع فى الشلل الناتج عن التسمم)

منه الشلل الزحلى — هذا الشلل هو الاكثر أهمية من أنواع شلل التسمم وهو عرض من الاعراض التى توجد فى التسمم الزحلى المزمن وأكثر الناس اصابة به الشغالون فى الرصاص وورنيشه والنقاشون والشغالون ولم يتفق المؤلفون على الكيفية التى يحصل فيها التسمم الزحلى فالاولون قالوا ان مجلس تأثير السم فى العضلات والاخيرون قالوا ان تأثير السم وقع فى الاعصاب وهذا الشلل يدخل تحت الشلل الضمورى ولذا يقال ان هذا المعدن يؤثر على القرون السنجابية للنخاع أو يحدث استحالة فى الاعصاب المحركة الدائرية وينتج من ابحاث (ليدن وزنكر) أن استحالة الاعصاب المحركة الدائرية لا تحدث الاصابة الاصلية التى ينبنى عليها وجود الاستحالة والضمور ولذا يحتمل ان مجلس التغير الحاصل من تأثير السم الرصاصى يكون فى القرون السنجابية المقدمة

ثم ان الشلل الزحلى فى معظم الاحوال يقتصر على جهة مميزة له وهى العصب الكعبرى فيصيب العضلة المشتركة الباسطة للاصابع مبتدئا بالجزء الباسط لسلاميات الاصبع الاولى ثم الثالثة ثم الرابعة ثم الثانية والخامسة ثم يمتد الشلل الى العضلة الطويلة والقصيرة الباسطة للابهام والمقربة له والباسطة لعظام المشط وفى الاحوال الخطرة تصاب العضلات بين العظام وعضلات تينار ويندر اصابة العضلة الدالية وذات الرأسين والعضدية الانسية والباطحة والعضلات السفلى وفى أغلب الاحوال يكون الشلل الزحلى مزدوجا ويحصل ضمور فى العضلات المشلولة ومن المهم معرفة وجود استحالة فيها او يعلم ذلك بالتأثير الكهربائى ويظهر هذا التأثير أيضا فى العضلات الارادية التى لم تصب بالشلل والحساسية تبقى على حالتها الطبيعية ويظهر ان الخيوط العصبية لا تتأثر من السم الرصاصى

(الانذار)

(الانذار) — الشلل الزحلى ليس خطرا متى أمكن تباعد المرضى عن السبب المحدث له ويحصل الشفاء منه بعد أسابيع أو بعد شهر اذا كانت الحالة شديدة أو حصلت مضاعفة

(المعالجة) — تكون هنا كما هى فى الشلل الدائرى فتستعمل الكهربائية والحمامات الموضعية الكبريتية ويودور البوتاسيوم من الباطن

(ومنه الشلل الزرنيخى) — وهو أقل حصولا من الشلل الزحلى ويحصل عقب التسمم الحاد بالزرنيخ وعقب اعراضه وليس للشلل هنا شكل مخصوص كما شوهد فى الشلل الزحلى بل يصيب الاطراف العليا والسفلى وان كان الغالب اصابته للسفلى والعضلات التى تنشل تضمر بسرعة واضطراب الحساسية واصف له فتارة يوجد فقد فى الاحساس وأخرى نقص فيه مصطحب بآلام شديدة فى الظهر والساقين وقد شوهد ضمور متعاقب فى الاظافر والشعر الخ ولا يعلم سبب من التشريح المرضى لهذا الشلل ومع ذلك يحتمل حصوله من الدائر الى المركز لداعى الألم الذى يصاحبه

سير هذا الشلل سريع وأحيانا يمكث أشهرا وانذاره غير خطر عادة ومعالجته كمعالجة الشلل الرصاصى

وأما الشلل الذى يحصل من النحاس والخارصين فهو نادر ولا يستحق ان يشرح وقد شوهد حصول شلل فى العضلات الباسطة المشتركة للاصابع عقب الحقن تحت الجلد بالاثير كبريتيك وأما شلل المشروبات الروحية فسنشرحها فيما بعد وهنالك أنواع أخرى من الشلل لم نذكرها هنا نظرا لقلة حصولها وعدم أهميتها

(المبحث الثامن فى التيك التشنجى)

هذا المرض مجلسه الوجه واسبابه ليست معروفة معرفة جيدة لانه يكون ناتجا عن حالة مرضية فى العصب الوجهى يحتمل أنها ناشئة عن تأثير البرد أو عن آفات الاذن وقاعدة الجمجمة أو عن تنبيه يقع عليه بواسطة الفعل المنعكس كألم العصب التوأمى الثلاث وأمراض اعضاء التناسل ويجوز أن يكون السبب موجودا فى مركزه العصبى الكائن فى جوهر المخ أكثر من وجوده فى الدائر ويحتمل أن يحصل من انفعال نفسى ومن شدة عبوس الوجه خصوصا عند الاطفال ويجوز أن يكون المرض وراثيا

(الاعراض) ـ اعراض هذا المرض تعرف بانقباضات وقتية سريعة جدا فى العضلات التى يتوزع فيها العصب الوجهى وهذه الآفة تكون قاصرة على جهة من الوجه عادة ومصيبة لجميع العضلات المتوزع فيها العصب وقد تصيب بعضها فقط وحينئذ تسمى بالتشنج الوجهى الجزئى وتستمر التشنجات مع تغير فى شدتها فتارة يحصل من المريض عبوسة شوهاء بدون ارادته تزعج الحاضرين وتارة يحصل بشكل نوب ذات مدة قصيرة منفصلة عن بعضها ولا يكون لهذه النوب سبب مخصوص وقد تنشأ عن التكلم والحركات الارادية وعن تأثير تنبيه الاحساس أو العقل وقد تكون هذه الانقباضات شديدة وتمتد الى العضلات المجاورة كعضلات المضغ واللسان والقفا ولا يصاحبها اضطراب فى الحساسية ولا وجود ألم وهناك شكل مخصوص لهذا المرض وهو تقلص الاجفان سواء كان التشنج قاصرا أم متعديا ومجلسه يكون فى العضلة المحيطة الجفنية وسببه تأثير الفعل المنعكس الذى يحصل فى أمراض العين أو فى اصابة العصب التوأمى الثلاث ويكون مزدوجا دائما ويمكث بعض أيام أو شهرا مع تقطع وقد أبان (جريف) ان هذه الآفة تصطحب بنقط تؤلم المريض عند الضغط عليها وتكون فى موضع خروج فروع العصب التوأمى الثلاث وأحيانا تكون فى العمود الفقرى أو فى مواضع أخرى من الجسم وبالضغط عليها تحصل الانقباضات المذكورة

(الانذار) ـ هذا المرض صعب متعب خصوصا اذا صحبه تشنج المحيطة الجفنية وسيره طويل وقد يصير اعتياديا ويستمر مدة الحياة

(المعالجة) ـ يتوصل الى شفاء هذه الحالة بازالة السبب المحدث لها اذا علم كخلع سنة رديئة أو معالجة رمد أو قطع العصب فوق الحجاج وتستعمل الكهربائية بوضع قطبيها على النقط المؤلمة وبعضهم يضع أحد قطبي العمود على القفا والثانى على الذراع ومن الادوية المستعملة برومور البوتاسيوم والزرنيخ والاتروبين وأوكسيد الخارصين والكلورال الخ الا أن نتيجة استعمال هذه مشكوك فيها بخلاف شد العصب فانه نجح فى بعض الاحوال وان حصل منه شلل فى العصب كان أقل ألما من التشنج نعم يجوز زوال الشلل ويعقبه تشنج ويجوز عدم زواله ونضيف الى ذلك ان كى العنق فى محاذاة النخاع الشوكى ينتج نتيجة جيدة فى كثير من الاحوال المؤلمة

(المبحث التاسع فى تشنج عضلات العنق والقفا)

التشنج القاصر والمتعدى لعضلات العنق يكون مرضا صعبا ذا اشكال متعددة يتعاصى عن الشفاء مع أنه نادر الحصول

(الاسباب) ـ السبب الحقيقى لهذا المرض غير معلوم وفى بعض الاحوال لم يتوصل الا لاكتشاف بعض تغيرات تشريحية فى المجموع العصبى أو العمود الفقرى ووجود مؤثرات حدارية أو تنبيهات تحدث المرض بالفعل المنعكس

(الاعراض) ـ انقباضات العضلات المتوزع فيها العصب الاضافى الشوكى تحدث حركات تشنجية فى الرأس تكسبها هيئة مخصوصة فاذا زاد الانقباض فى العضلة القصية الترقوية الحلمية من جهة اتجه الرأس الى الجهة المقابلة وارتفع الذقن واذا كان الانقباض فى العضلة المربعة المعينية لجهة اتجه الرأس اليها والى الكتف واذا انقبضت العضلتان معا حصل اهتزاز فى الرأس شديد يقال له اهتزاز سلام ويشاهد كثيرا عند الاطفال والحركات التى تفعل على الرأس لا يتوصل بها الى الوضع الطبيعى واذا كانت العضلة القصية الترقوية الحلمية مصابة بالتشنج الذى ينتج عن سبب حدارى قيل له يبوسة العنق المعروف بالتورتوكولى ثم ان التيك الدورانى يحدث حركة دائرية للرأس والغالب أنه يحصل عنه تشنج فى العضلات المحركة للرأس وكذا المضاعفة والعضلات المستقيمة والمقدمة الخلفية للرأس

(الانذار) ـ لا يمكن الحكم بعاقبة هذا المرض انما الاحوال الحدارية تشفى عادة ومتى أزمن الداء وأصاب الكثير من عضلات العنق صار خطرا وتمكث هذه الحالة زمنا طويلا أو مدة الحياة فتؤثر على قوة المريض وعلى حالته الادبية

(المعالجة) ـ تنحصر معالجة هذا الشلل فى استعمال الكهربائية على الحجاب الحاجز من جهة وبتأثيرها على العصب الرئوى المعدى من جهة أخرى

(المبحث العاشر فى شلل الاطراف السفلى)

تشنجات عضلات الاطراف البطنية تحصل عند اصابة النخاع أو المخ وينـدر حصولها منفردة منعزلة وقد يحصل انقباض فى عضلات سمانة الساق عقب التعب من المشى أو

الصعود على الجبل ويحصل ذلك أيضا فى بعض عضلات أخرى كالعضلات المفرقة والابسواس الحرقفية الخ وقد تحصل انقباضات فى عضلات الاطراف السفلى عند الوقوف أو المشى فقط

ومنها التشنج الذى يحصل فى عضلات التنفس خصوصا فى الحجاب الحاجز وهو يشاهد عند الانفحام والزغطة فيستمر ويكون مرضا يمكث أسابيع أو أشهرا وهذه الحالة تحصل عقب انفعال وقد تصاحب الاستيريا أو تحصل فى اثناء أمراض المعدة من تأثير فعل منعكس وكذا فى أمراض الامعاء والبريتون وفى أمراض العصب الرئوى المعدى وفى السكتة المخية وفى التهاب النخاع المزمن فهذا التشنج التنفسى يتصف بحركات تنفسية متواترة ذات قوة مصطحبة بحركات أخرى كالقراقر المتوفرة وقد تصل حركاته الى ٢٠٠ فى الدقيقة ويضاف الى ذلك التشنج التثاؤبى والضحكى والبكائى والسعالى الخ

(المعالجة) ـ اذا كانت الزغطة خفيفة زالت بلا معالجة مخصوصة والذى يساعد على زوالها هو ان يفعل الانسان مجهودا لغلق المزمار مع القرع على الظهر كما يفعل ذلك الاهالى وفى الاحوال الخطرة يستعان بالمخدرات كالافيون والحشيش والكلوفورم وتستعمل الفرشة الكهربائية على قسم الحجاب الحاجز والذى يساعد على زوال التشنج التنفسى هو الحمامات المعتادة وصب الماء البارد

(ومنها تشنج الكتبة) وهو حالة مرضية تصيب عضلا مخصوصا مشتغلا بحالة مخصوصة فيصيب عضلات اليد وقت الكتابة فى حال ان الشخص قادر على حركات الطرف العلوى بتمامه لليد اليمين وحينئذ الاضطراب هنا لا يختص بعضلة مخصوصة بل يكون ناتجا عن اضطراب فى تكيف العضلات التى تدخل فى حركات الكتابة مع بعضها ويحصل هذا الاضطراب بدون أن يعلم مجلسه فى المجموع العصبى والذى نعلمه أنه يحصل عقب تعب من الكتابة عند الذين يكثرون منها كالكتاب والمؤلفين ومن شابههم ويظهر أنه يصيب الاشخاص ذوات المزاج العصبى والذين يكتبون بالريش المعدنية والذين يكون وضعهم غير منتظم حال الكتابة

(الاعراض) ـ التشنج الاصلى للكتاب ينحصر فى اضطراب أصابع اليد عند الكتابة

فتحدث صعوبة فيها أو تعذر ويبتدئ المرض بخفية ويزداد بسرعة وبعضهم جعل له ثلاثة أشكال الا أنها تتقارب من بعضها والشكل التشنجى هو الاكثر حصولا وذلك أن الاشخاص متى استعدت للكتابة حصل تشنج فى أصابعها بحيث لا تقدر على ضبط القلم وتشاهد حركة بطء فى الساعد ومن ذلك تصير الكتابة غير منتظمة وأما الشكل الشللى فذكره هنا غير لائق والشكل الثالث الاهتزازى وفيه الحساسية تبقى طبيعية وهذا لا يمنع وجود بعض آلام من الاصابع والساعد وفى العمود الفقرى واذا كان الشخص من ذوى المزاج العصبى اصطحب هذا المرض باضطراب فى الحالة الادبية والعقلية

(التشخيص) ـ تشخيص تشنج الكتاب سهل بمعرفة العلامات التى ذكرناها خصوصا اضطراب اليد عند الكتابة لان هذا يميزه عن الرقص السنجى والشلل الاهتزازى والاسكليروز المتعدد

(الانذار) هذا المرض وان شفى أحيانا قد يتعاصى عن الشفاء فى أحوال كثيرة وقد تحصل فيه النكسة ولذا يحترس فى الاخبار عن عاقبته وهذا هو الموجب لترك بعض المرضى صناعة الكتابة

(المعالجة) ـ أول شئ يجب فعله هو ترك الكتابة مدة أسابيع أو أشهر فان ذلك يكفى أحيانا لوقوف المرض ويجب استعمال قلم غليظ وتعويد اليد غير المريضة على الكتابة الا أنه يخشى من اصابتها أحيانا وأحسن الادوية المستعملة لذلك هو فعل الكهربائية فيوضع أحد القطبين على الضفيرة العضدية والآخر على العضلات المصابة أو على كل عضلة بمفردها وبعضهم يضع أحد القطبين على العمود الفقرى أو على الرأس وبعضهم استعمل الحمامات الكهربائية والحقن تحت الجلد بالاتروبين والاستريكنين وللحمامات الباردة وحمامات البحر والاقامة فى الجبال تأثير على هذا المرض

(ومنها تشنجات أخرى للصناع) كتشنج البيانو الذى يصيب الشبان والبنات وتشنج الكمنجية والتلغرافيين والخياطين والحلابين ولفافى السجاير وتشنج الاطراف السفلى للرقاصين والشغالين فى الآلات والدوارين ومعالجتها كلها كمعالجة تشنج الكتاب ويضاف لذلك التكتيبس

(المبحث الحادى عشر فى الالتهاب العصبى الاستحالى والبسيط والمتعدد)

هذا الالتهاب يتصف باحتقان فى الاوعية العصبية ونضح مادة مصلية وتكون عناصر خلوية فى وسط النسيج المجاور

(الاسباب) – منها المؤثرات البادية مثل اللىّ الحاصل على الاعصاب ومنها الجروح بآلة واخزة أو قاطعة أو نارية وقد يكون الالتهاب مضاعفا للجروح الواخزة ومنها التهاب الاعضاء المجاورة كالتهاب العظام وتسوسها والتهاب المفاصل والاحشاء الباطنية وهذا يفسر ضمور العضلات بجوار المفاصل الملتهبة وقد قيل أيضا بان الالتهاب يوجد بفعل منعكس ناتج عن التهاب فى اجزاء بعيدة عنه وقد يوجد التهاب عصبى أصلى بدون ان يعلم سببه وقد نسبوا حصوله الى التبريد أو تأثير أصل عفن ويدخل تحت هذا النوع عرق النساء والألم العصبى بين الاضلاع المصحوب بالمنطقية الخ والالتهابات العصبية التى تعقب بشلل تسممى كما فى الشلل الزحلى والزرنيخى وكما فى آفة الاعصاب الناتجة عن الكؤل وأما الالتهاب العصبى المتعدد ففيه تصاب عدة أعصاب دائرية ويجوز أن يحدث ذلك عن تأثير الكؤل

(الاعراض والسير لاشكال مخصوصة من الالتهاب العصبى)

(منها الالتهاب العصبى التابعى) – العرض المهم لهذا الالتهاب هو الألم الذى يوجد على مسير العصب وزيادة الحساسية بالضغط فى مجاورة الجروح ثم ان خاصية توصيل العصب تقل وكذا احساسه فيحصل حذر فيه ثم فقد فى الاحساس وتقل الحركة فى العضل المتوزع فيه العصب وتصل فى الاحوال الخطرة الى درجة الشلل الذى يعقبه ضمور فى العضل اذا كانت الاصابة شديدة كما ان التأثير الكهربائى الاستحالى يظهر والجلد المجاور يضمر أيضا ويظهر عليه هربس الخ وسير هذا النوع يختلف بالنسبة لاختلاف الاصابة الاصلية وسعة المرض

(ومنها الالتهاب العصبى الاصلى المتعدد) – حصول هذا المرض ليس كثيرا ولا نادرا وقد شرحه المؤلفون سنتى ١٨٦٤ و ٦٦ ويوجد بحالة وبائية فى الجابون والهند وغيرهما

وهو

وهو يبتدئ فى الغالب حادا وتارة بكيفية سكتية بدون ان يعلم له سبب حقيقى ويجوز أن يكون سببه أصلا عفنا ويصيب الكهول والشبان ويصطحب بارتفاع درجة الحرارة فتكون من ٣٩ الى ٤٠ مع تعب وألم فى الرأس وهذيان وفى بعض الاحوال يكون فى البول زلال مع زيادة فى حجم الطحال وهذا يدل على طبيعته العفنة ويصطحب بآلام ممزقة أو محرقة فى الظهر والاطراف ومسير الجذوع الغليظة العصبية ويوجد فى بعض المفاصل انتفاخ ثم تظهر اعراض شلل تبتدئ بطرف من الاطراف السفلى ثم تصعد الى الاطراف العليا وتفقد قوة الفعل المنعكس للاوتار وكذا الافعال المنعكسة للاحساس وتضعف حساسية الجلد وينذر فقدها بالكلية ويرتقى تواتر ضربات القلب الذى يجوز أن يكون ناشأ عن تأثير وقع على العصب الرئوى المعدى ويحصل فى الجلد والشعر والاظافر ضمور وقد تصاحب هذه الحالة أو زيما فى الاطراف المشلولة

وسير هذا المرض قد يكون سريعا ويحصل الموت من اصابة عضلات التنفس بالشلل وقد يكتسب سيرا بطيئا مزمنا

(التشخيص) – تشخيص هذا المرض سهل متى علمت الاعراض المذكورة خصوصا الألم الذى يوجد على مسير الاعصاب وزيادة احساس الجلد وضعف تأثير التيار الكهربائى وضمور العضل وفقد الفعل المنعكس الوترى والحساسى ويتميز عن التهاب النخاع المتعدد بابتداء حصول الاعراض وباضطراب الحساسية الخ

(الانذار) – هذا المرض ليس خطرا متى انقضى الدور الاول منه ولو حصل هناك شلل لامكان شفائه

(التشريح المرضى) – اذا كشف عن العصب المصاب بالالتهاب يرى انه سميك ذو لون أحمر وبه نقط حمراء ويرى بالغلاف العصبى وبالمنسوج المحيط خلايا مستديرة كثيرة يجوز أن تصير قيحية وقد لا يوجد فى الليفية العصبية تغيرات محسوسة لكن اذا كانت الاصابة خطرة حصل عدم تماسك فى غلافات هذه الليفة ومشتملها حتى يتبدد كل منهما ويزول وقد يشاهد فى محلها احبيبات دهنية وأما اذا لم تصل الليفة الى هذه الدرجة فيحصل تحسين فى منسوجها ويتكون منسوج خلوى جديد ضام يكون فيها كاثرة التحام عصبى شبيهة

بالكال العظمى فيعطى العصب سماكة وهذا يقال له الالتهاب العصبى العقدى وحينئذ يتجدد العصب ثانيا وتحصل هذه التغيرات ببطء فى الالتهاب المزمن ولا يوجد فيه دور الاحتقان

(ومنها الالتهاب العصبى المزمن الكؤلى أو اختلال المدمنين للخمر)

يوجد عند شرابى الخمور أمراض عصبية مخصوصة كانوا قديما يقولون انها آتية من اصابة النخاع الشوكى ولكن ثبت أخيرا أنها ناتجة من اصابة فى الاعصاب الدائرية تنسب الى الالتهاب العصبى المتعدد المزمن وينبغى الاعتناء بمعرفة هذه الآفة لانها تشتبه باختلال الحركة وتشخيصها ذو أهمية بالنسبة للمعالجة

ولهذا الالتهاب شكلان الشكل الاول يحصل فيه شلل ضمورى حقيقى خصوصا فى الاطراف السفلى والشكل الثانى يحصل فيه شلل غير تام يعقبه اضطراب عصبى وهذا المرض متصف بألم ناخس أو ممزق يسرى فى الاطراف السفلى ويندر فى العليا ثم تحصل صعوبة فى المشى مجلا أو مؤجلا فالمشى يكون باضطراب مصحوب بالسقوط وكلما تقدم الشلل ضمرت الاطراف المشلولة وبالبحث الكهربائى تظهر قلة فى الاحساس والفعل المنعكس للرضفة يفقد مجلا ولا يبقى الاحساس بحالته الطبيعية خصوصا فى الاطراف السفلى بل يضعف أو يفقد والفعل المنعكس الجلدى يضعف ويتألم المريض من الضغط على مسير الاعصاب وسير هذا المرض بطىء وشفاؤه محتمل

(التشخيص) — تشخيص هذا الالتهاب صعب ويتميز عن اختلال الحركة بوجود الآلام فى الاطراف وعدم تغير الحدقة وعدم وجود الالم الذى يحيط بالوسط كالحزام وعدم ألم فى وظائف البول وبوجود ضمور فى العضلات

(المعالجة) — يمنع المريض من تعاطى المشروبات الروحية فان هذا يكفى أحيانا لتحسين الحالة واذا تقدم الداء تستعمل الكهربائية والحمامات الفاترة وتستعمل المركبات الاستريكنينية من الباطن وحقنا تحت الجلد

(المبحث الحادى عشر فى أورام الاعصاب الدائرية)

تنقسم هذه الاورام الى كاذبة وحقيقية فالاولى لا تتكون من عناصر عصبية بل من عناصر

ليفية

ليفية أو لحمية أو جنينية تنمو على العصب ومن أورام عفنة خصوصا الصمغية الزهرية أو من تكونات جديدة على مسير الاعصاب

والثانية أى الاورام العصبية الحقيقية تتكون من الياف عصبية ذات تكوين جديد محاطة بغلاف خلوى وتتكون على طرف العصب المقطوع بعملية البتر وتشاهد أيضا عقب جروح العصب ومن العجيب وجود مئات منها عند شخص واحد لاسيما على مسير الاعصاب الشوكية وقد توجد على مسير الاعصاب السنباتوية وعلى أعصاب الجمجمة وفى هذه الحالة لا تكون ناتجة عن سوء القنية للورم بل عن استعداد عند الشخص أو عن وراثة وتصطحب هذه الاورام أحيانا بأمراض عصبية أخرى وقد تتكون من غيره

(الاعراض) — من هذه الاورام ما لا يصطحب بألم ومنها ما يصطحب بألم شديد مستمر أو متقطع ويزداد من تأثير الجو مثلا أو من ضغط الورم ويصطحب أيضا بشلل أو فقد فى الاحساس أو بارتعاش وانقباضات ناتجة عن تنبيه للفعل المنعكس ويعد من هذه الاورام الدرن الذى يشاهد أحيانا تحت الجلد ويحس به منزلقا تحت الاصبع وبالضغط عليه يحدث احساسا متزايدا

(السير والتشخيص) — سير هذه الاورام العصبية مزمن وبوجودها والتنبيه الذى يحصل منها يحدث اضطراب عصبى وقد تزول من نفسها وتشخيصها لا يتيسر الا اذا كانت سطحية واذا أمكن استئصال الورم سواء كان سطحيا أو متعددا فالبحث الميكروسكوبى يدلنا على طبيعته

(المعالجة) — معالجة هذه الاورام تتم بالاستئصال لكن لا يتيسر فعل ذلك فى الاورام المتعددة وحينئذ يستعان بالمسكنات والكهربائية

(المبحث الثانى عشر فى أمراض أعصاب الاوعية)

قد توجد حالة مرضية للاعصاب المحركة للاوعية مع ضمور فيها مصاحبة للامراض العصبية السابقة أو منفردة عنها بدون أن تعلم حقيقة طبيعتها ومن المعلوم أنه يوجد اعصاب قابضة للاوعية وأخرى ممددة لها ولو لم تثبت التجربة ذلك فى جميع أوعية جسم الانسان

نعم اذا انشلت الاعصاب القابضة ترتخى الاوعية وتتمدد وبالعكس اذا تنبهت والكل يعلم ان بانفعالات النفسية يحمر الوجه أو يبهت وبفعل التجربة على الكلاب توصلوا الان يحفظوا درجة الحرارة بتنبيه الطبقة القشرية لجوهر المخ فى أجزاء محدودة ولان يرفعوها فى الاطراف السفلى للجهة المقابلة بازالة هذه الاجزاء ومن جهة يوجد فى النخاع المستطيل فى الجسم الز يتونى مركز محرك للاوعية مهم فتنبيهه مباشرة أو بالفعل المنعكس يحدث تقريبا انقباضا وعائيا عموميا وازالته تحدث استرخاء عموميا فى الاوعية ومن جهة أخرى توجد خيوط عصبية آتية من الجهة الجانبية للنخاع خصوصا من الاحبال المقدمة وأغلب الخيوط العصبية تنضم الى الالياف المحدودة للعظيم السنباتوى ومنه تنشأ الضفائر التى تنبث فى الاوعية

(الاعراض) — الاعراض الاكلينيكية لامراض الاعصاب المحركة للاوعية تشاهد غالبا فى الغلاف الجلدى وتنقسم الى ظواهر شلل وظواهر انقباض أما الاولى فان الاوعية لا يقال لها انشلت الا اذا ظهر على الجلد احمرار غير طبيعى مصحوب بازدياد فى درجة الحرارة وتصحب هاتين الظاهرتين ظواهر عصبية ناشئة عن مرض فى المراكز العصبية أو عن أمراض عصبية عمومية كالاستيريا وقد لا يصطحب هذا الشلل بشئ بل يكون مرضا قائما بنفسه عند جرح العظيم السنباتوى فى العنق فيشاهد فى الجلد خصوصا جلد الرأس احمرار مختلط مستمر أو متقطع مصحوب بارتفاع فى الحرارة وبخفقان و بنبضات شريانية قوية وبحيرة وطنين فى الاذنين وعرق

وأما الثانية وهى ظواهر الانقباض الوعائى أى تشنج الاوعية الصغيرة فعرف ببهاتة وبرودة خفيفة فى الجلد وتنميل و يبس فى الاجزاء المصابة ويجوز أن ينتقل الى درجة الالم وهذه الانقباضات الوعائية تظهر غالبا فى الايدى وتحدث عسرا فى تحركها وتشاهد هذه الحالة عند سريعى الاحساس ذوى المزاج العصبى وأحيانا تصاحب أمراضا عصبية أخرى كالذبحة الصدرية الاصلية اذ يحصل منها تشنج فى أوعية الاطراف عند ابتداء النوبة وهذه الاضطرابات التشنجية اذا استمرت مدة جاز أن تحدث ضمورا فى الاعضاء المنبثة فيها وقد نسب بعض المؤلفين الى هذا المرض أصول الغنغرينا الذاتية المتوازية فى الاطراف وكذا

الاسكليروزا الجلدى وماشابه ذلك فهذه التغيرات الاخيرة توجد فى الايدى بدون أن يعلم لها سبب فتحصل زرقة فيها و برودة جلدية وترتفع بشرتها على شكل فقاعات وتتكون فيها لطخ غنغرينية

ونضيف الى ذلك بعض تغيرات عصبية ضمورية لها ارتباط بحركة الاوعية والرابط بينهما حالة مرضية متعلقة بتغير فى الجلد مصطحبة بارتشاح وعائى غزير تسمى بالاوزيما الحادة الوعائية العصبية (كنك واستروبخ) ففى هذه الحالة يظهر فى وقت واحد انتفاخ أوزيماوى يزول أحيانا بعد بعض ساعات الا أنه يتجدد بسرعة وهذه الحالة لا تخلو من الخطر اذا كان مجلسها البلعوم أو برزخ الحلق وهذه الاوزيما الحادة تقرب من الانجرية ومن الاريتما النضحية

ومن التغيرات العصبية الضمورية ما يصيب الجلد والاجزاء الغائرة فالجلد الضامر يصير لماعا أملس خصوصا عقب جروح الاعصاب الدائرية ومن تغيرات الجلد أيضا اضطراب توزيع مادته الملونة فتفقد أو تقل فى جهة وتتزايد فى جهة أخرى ومنها سماكة الجلد التى تصيب الوجه أو الاطراف أو الجذع أو بعض اعضاء باطنية وتنشأ حينئذ عن تكون عناصر جديدة فى المنسوج الخلوى (فليام) ومنها التغيرات التى تحصل فى الاظافر والشعر بان تضمر وتتقصف أو تسقط أو تبيض عقب الغم أو الفزع ومنها الاستسقاء المفصلى والمتقطع ويضاف الى ذلك بعض تغيرات فى الافرازات بسبب الشلل العصبى الوجهى وافراز الدموع فى ألم العصب التوأمى الثلاث وتحصل أيضا اضطرابات أخرى من هذا القبيل فى افراز العرق فيزداد فى الفالج والشلل الشوكى و ينقص فى أحوال اختلال الحركة وكذا يحصل بعض ظواهر من عصب العظيم السنباتوى فاذا كانت الاصابة فى العنق يشاهد فى الجهة المصابة ضيق فى الحدقة بسبب شلل العضلة الممددة لها وفى الحالة المزمنة يحصل انقباض فى المقلة واحتقان وزيادة حرارة فى الاذن والخد ناتجة عن اضطراب الاعصاب المحركة وأحيانا عن زيادة افراز العرق فى الجهة المذكورة الخ

(المعالجة) — أحسن معالجة لهذه الاورام هو لاستئصالها

(المبحث الثالث عشر فى الصداع) (الشقيقة)

الصداع مرض مخصوص يتصف بألم شاغل لجهة من الرأس والظاهر أنه يكون مرتبطا باضطراب فى الاعصاب المحركة للاوعية أو يكون مصطحبا بها

(الاسباب) – سن الشبيبة خصوصا زمن البلوغ عرضة لهذا المرض وقد يوجد عند الاطفال واصابته للنساء أكثر منها للرجال خصوصا ذوات المزاج العصبى أو الانيماويات وفى زمن اضطراب الحيض وهو مرض وراثى وقد يعقب أمراضا عصبية أخرى ويضاف الى ذلك التعب الجسمى والعقلى والانفعالات النفسية الشديدة واضطراب الهضم وقد شاهدت حصوله عقب الامساك والافراط فى المشروبات الروحية وأما حقيقة السبب فلم تعلم وقد اعتبر بعضهم أنه آفة فى العظيم السنباتوى لكن لم يثبت ذلك نعم يصح ان يعتبر من الاعراض السنباتوية لانها تحصل بتأثير فعل منعكس وتظهر بألم وكذا لم يعرف المجلس الحقيقى لهذا المرض ويحتمل أنه يوجد فى غلافات المخ (الام الحنونة والجافية)

(الاعراض والسير) – يظهر الصداع على شكل نوب منفصلة عن بعضها بازمان مختلفة تعاقبها منتظم وقد تحصل النوبة عند المرأة زمن الحيض واصابته للجهة اليسرى أكثر منها للجهة اليمنى ويجوز أن يتعاقب المرض الجهتين

وتبتدئ النوبة بأعراض هجوم وهى الاحساس بملل عمومى ودوار وطنين فى الاذنين أحيانا وتخيل ذباب طائر وتهوع وتثاؤب تشنجى ثم يحصل الألم فتارة يشغل جهة وتارة جهتين وأحيانا قمة الجمجمة وهو اما مستمر واما متقطع وقد ترتقى درجته ويزداد احساس جلد الجهة المصابة ويستمر الملل العمومى ويفقد المريض الشهية ويميل الى القىء ويصير كثير الاحساس من المؤثرات الخارجية حتى من الضوء الشديد ومن أقل لغط ويضطرب نظر العين من الجهة المصابة فترى شرارا واحساسا بضوء وتدمع وتحتقن قليلا ثم يحصل اضطراب فى دورة هذه الجهة فتارة يقل دمها (الشقيقة التشنجية) وتارة تحتقن (الشقيقة الشللية) ففى الحالة الاولى تبهت الجهة المؤلمة وتبرد وينقبض الشريان الصدغى وتمدد الحدقة أحيانا ويزداد افراز اللعاب وهذه الظواهر تنسب الى تنبه حصل فى العظيم السنباتوى وفى الحالة الثانية يحتقن الوجه من الجهة المصابة وترتفع درجة حرارته ويظهر

ان

ان الشريان الصدغى متمدد ممتع بنبضات قوية وأحيانا يتغطى نصف الوجه بعرق وتنقبض الحدقة وهذه الظواهر تدل على شلل فروع العظيم السنباتوى ومع ذلك فمن الجائز أن هاتين الحالتين يتعاقبان وحينئذ لم يتم تفسير ينبوع هذا الألم

ومدة نوبة الشقيقة تختلف بحسب الاحوال من بعض ساعات الى يوم وتنتهى بعد حصول قىء وبعد زوالها تتمتع المرضى براحة تامة خالية من الألم وسير هذا المرض مزمن فقد يمكث سنين والمريض مطيق له وانذاره غير خطر مالم تحصل مضاعفة مخية فلا يجوز الاخبار بعاقبته حذرا من سوئها بعد ذلك

(المعالجة) – كثيرا ما ترفض المرضى استعمال الادوية من كثرة استعمالهم لها والاحسن متى جاءت النوبة أن يمكث الانسان فى قاعة قليلة النور بعيدة عن اللغط ويأخذ كمية من الشاى أو القهوة ويضع الوضعيات الباردة على الرأس أو يأخذ حماما قدميا حتى تزول النوبة ويستعمل من الادوية ساليسيلات الصودا فى القهوة والانتيبرين والكافيين واستنشاق نترات الاميل على منديل فى أحوال الشقيقة التشنجية ويحقن بالارجوتين تحت الجلد فى احوال الشقيقة الشللية وقد يعطى من خلاصة القنب الهندى أو من الاميل نتريت ملعقة شاى فى اليوم من محلوله المكون من ٢ جرام فى ١٢٠ من الماء وقد أعطى أيضا النتروجليسرين من أربع نقط الى ست فى اليوم لاجل تمدد الاوعية وقد استعملنا فى مدة النوبة اللودنوم من نقطتين الى أربعة فى فنجال قهوة مع الراحة والسكون فنجح وازال النوبة بسرعة

وعلى كل يلزم مراعاة بنية المريض ومعالجة حالته العمومية سواء كانت ضعفا أو مزاجا عصبيا أو جهازا هضميا فتستعمل الادوية المناسبة لذلك كالمساعدة على الهضم والتى تمنع الامساك فانها تؤثر تأثيرا عظيما فى عدم حصول النوب فقد شاهدنا انه بزوال الامساك لم ترجع النوبة ثانيا وشفى المريض من الصداع وكذا يلزم مراعاة الحالة للانف أو الاسنان وقيل ان الكهربائية تنفع فى معالجة هذا المرض كما تقدم

(المبحث الرابع عشر فى ضمور نصف الوجه الساعى)

هذا المرض نادر ولم يشاهد وجوده الا ثلاثون مرة والنساء عرضة له أكثر من الرجال

ويتصف بضمور ذى سير بطىء ساع وينتهى بضمور نصف الوجه فيصيب الجلد والمنسوج الشحمى والعضلات والعظام بكيفية منتظمة والجهة اليسرى أكثر اصابة به من اليمنى وينحد الضمور بانتظام على الخط المتوسط من الوجه ولا يعلم شىء من طبيعة المرض الا أنه لا يحصل منه ضرر ويظهر أنه غير قابل للشفاء وغاية الامكان أن يوقف فى ابتداء حصوله بالكهربائية مدة طويلة

(المبحث الخامس عشر فى الغوطر الجحوظى)

هذا المرض يعرف بمرض بازيدوف وبمرض جراف

(الاسباب) – السبب التشريحى لهذا المرض ليس معلوما وأول من شرحه بازيدوف الالمانى سنة ١٨٤٠ ولو جمعنا اعراضه المختلفة لتوصلنا الى اعتباره مرضا عصبيا يتصف باضطراب فى الاعصاب المحركة الوعائية أو مرضا فى العظيم السنباتوى وان كان هذا الاعتبار غير مؤسس دائما على قاعدة ثابتة ويعد من أسبابه أسباب الامراض العصبية على العموم والوراثة وقد يصحب أمراضا عصبية أخرى كالصرع والاستيريا وبعضهم عد من أسبابه أمراض اعضاء التناسل لظهوره عادة فى زمن الحمل اذ يصيب النساء الانيماويات أكثر من غيرهن خصوصا فى السن المتوسط

(الاعراض) – يتصف هذا المرض بثلاثة أعراض مميزة له قد توجد جميعها وقد يفقد أحدها (الاول) – توتر النبض وهو أكثر من غيره هنا حصولا فيصل الى ١٤٠ أو ١٦٠ أو الى ١٠٠ أو ١٢٠ ويصطحب بضربات القلب والخفقات فالشرايين السباتية أو الاقل منها يظهر فيها ضربات شديدة واذا بحث عن القلب لا تظهر لنا فيه علامات مخصوصة غير انقباضاته الشديدة وقد يصطحب بضخامة فى البطين اليسارى وتمدد فى القلب وأحيانا باصابة الصمام (الثانى) – ان هذا الغوطر يبتدئ عادة بعد حصول ظواهر القلب على شكل نزلة فى الغدة الدرقية بدرجة خفيفة ثم تكتسب حجما كبيرا ويصطحب باضطرابات مختلفة مدة المرض ويظهر فيها نوع رخاوة واحساس بضربات ويسمع فيها نفخ ناتج عن تمدد أوعيتها واذا وقعت اليد عليها تحس بخرير وبحركات دفع

(الثالث) – جحوظ العين – الجحوظ قد يوجد فى العينين معا وان اتضح فى عين أكثر من الاخرى وقد لا يوجد كما انه قد يصل الى درجة زائدة بحيث ان الناظر يتخيل ان مقلة عين المريض قد خلعت ومتى حصل ذلك يكون النظر بكيفية مخصوصة وتنعدم هنا حركة الحاجب التى تتوافق مع حركة النظر عادة وقت ارتفاع وانخفاض العين وهذه العلامة تدل على وجوده وتحقق التشخيص وقد يصاحبه رمد ثقيل واضطراب فى النظر وفى حركة العينين ومما يميز هذا المرض سوى هذه الثلاثة التى هى اضطراب فى القلب وانتفاخ فى الغدة الدرقية والجحوظ الارتعاع الذى يكون شاغلا للجسم بتمامه أو لطرف منه ومن الاعراض العصبية ألم الرأس والدوار وفقد القوة المذكرة والارق والحيرة العصبية وهيجان الاخلاط وقد يوجد اضطراب من جهة التنفس كضيق فيه أو حركات شهيق تشنجى ومن جهة الجهاز الهضمى كقىء واسهال نوبى ويرقان وقد يوجد فى الجلد احمرار وعائى واصف وزيادة تلون بعض اجزائه ويندر حصول غنغرينا ذاتية متوازية فى الاطراف وأما الشهية فلا تتغير عادة ومع ذلك يحصل ضعف للمريض وضمور عضلى فى الاطراف العليا والسفلى

(التشريح المرضى) – قد علمنا من الاعراض أن مجلس هذا المرض هو المجموع العصبى وبالبحث التشريحى لم يظهر شىء مهم وان وجد فى بعض الاحوال تغير فى العقد العنقية السفلى للعظيم السنباتوى وفى غالب الاحوال لم يوجد هذا التغير ومن الجائز أن ينسب خفقان القلب وجحوظ العينين الى تنبيه فى العظيم السنباتوى كما يحتمل ان ينسب انتفاخ الغدة الدرقية الى نوع شلل فى أوعيتها وان ينسب جحوظ العين الى امتلاء أوعية قاع العين ولذا يقال ان معرفة سبب هذا المرض محاطة بصعوبات لم يتوصل الى حلها

(التشخيص والسير) – اذا حصلت الاعراض الثلاثة السابقة كان التشخيص سهلا واذا فقد احدها يستعان عليه بالتهيج العصبى وبالارتعاش وبزيادة العرق أحيانا وأما السير فبطىء لان هذا المرض يمكث سنين ويأتى على نوب وقد يكون سيره حادا ويكون خطرا اذا ضوعف من جهة القلب أو الرئة أو حصلت النكاهة وحينئذ ينتهى بالموت

(المعالجة) – تكون براحة الجسم والعقل وبالاستحمام فى الماء البارد مع ذلك الجسم به ويعطى للانيماويين مركبات الحديد وحدها أو المضاف اليها الزرنيخ وتستعمل مياه فرانسن باد

وبيرمون وباستعمال الكهربائية خصوصا كهربة العظيم السنباتوى فى العنق بالقرب من الحافة المقدمة للعضلة القصبية الترقوية الحلمية يحصل التحسين وبعضهم يكهرب الغدة الدرقية ويعطى من الباطن ست الحسن أو الاتروبين ويستعمل لخفقان القلب الديجيتالا وقد استعملت المركبات اليودية وتعالج الاعراض بما يناسبها وبعضهم استأصل الغدة الدرقية

﴿ تم الجزء التاسع ويليه الجزء العاشر فى الامراض العصبية العمومية ﴾

(فهرست الجزء العاشر فى الامراض العصبية العمومية من الخلاصة)

١٣٥	المبحث الاول فى الصرع
١٤٢ «	الثانى فى الرقص السنجى
١٤٥ «	الثالث فى القرينة (تشنج الاطفال)
١٤٦ «	الرابع فى الشلل الاهتزازى
١٤٨ «	الخامس فى التخشب
١٤٩ «	السادس فى الايستيريا
١٥٦ «	السابع فى الضعف العصبى

(تمت)

(الجزء العاشر)

(فى الامراض العصبية العمومية أى التى لم تكن مصحوبة بتغير تشريحى معلوم)

(المبحث الاول فى الصرع)

الصرع مرض عصبى يتصف باضطرابات فى الاحساس على شكل نوب شبيهة ببعضها مصحوبة عادة بتشنجات قوية عمومية ولا تصل حواسنا الادراك سبب هذه الاضطرابات نعم قد تتعلق النوب الصرعية أحيانا بوجود أورام فى المخ أو بآفة زهرية لكن هذه الحالة لا تعتبر الا عرض المرض ويقال لها حينئذ نوب صرعية الشكل

(الاسباب) - أسباب هذا المرض الاصلية تغيب عن معارفنا ولا نعلم الا الوسائط التى تساعد على ظهوره ويقال لها أسباب استعداد أو تهيم منها الوراثة التى تكون سببا فى أكثر الاحوال لان الصرع يظهر عند الاشخاص العصبيين الذين هم من أبوين ذوى مزاج عصبى ومن الجائز أن تكون العائلة مصابة بآفات عصبية وحينئذ تحدث الوراثة استعدادا لمرض عصبى عند أولادهم سواء كان صرعا حقيقيا أو مرضا جنونيا أو ايستيريا أو مرضا عصبيا آخر وليس من المحتم اصابة جميع أولادهم بمرض عصبى بل البعض منهم تحفظ قوته العقلية والبعض الآخر يكون عنده استعداد كبير لحالة مخصوصة وقد شوهد ان لحالة الاهل التى تكون تحت مؤثر مخصوص دخل فى حصول هذا المرض حيث أصيبت أولاد من اشخاص كانوا سكارى بالصرع ومن البعيد نسبة حصوله لاسباب أخرى كادمان الخمر نعم قد ظهر ان شرابى عرق الابسنت يصابون به أكثر من غيرهم وتأثير الجماع المفرط ليس قاعدة كما لا يكون للزهرى تأثير لا واسطى فى وجود الصرع الاصلى بل وجوده فى هذه الحالة لا يكون الا عرض المرض فى المخ ونضيف الى ذلك الاشتغال العقلى والشهوانى وكذا استعدادات مخصوصة كالانيميا والتغذية الرديئة من جهة والامتلاء الدموى من جهة أخرى وهناك بعض أمراض حادة حمية تساعد على حصول الصرع وليس لها تأثير لا واسطى أيضا وقد تحصل النوبة عند المستعدين له عقب انفعال نفسى أو فزع كبير وقد يكون للاسباب البادية تأثير فى حصوله كجروح الرأس والضربات والسقطات عليه

وهذه الحالة يقال لها الصرع الناشئ عن الاسباب البادية لكنه لا يوازى الصرع الحقيقى لان الطبقة القشرية للمخ تصاب مباشرة أو بواسطة فيحدث من ذلك تنبيه المراكز العصبية ولذا تظهر ظواهرها بانقباضات فى الجهة المقابلة لجهة المخ المصابة وهناك شكل يسمى بالصرع المنعكس وهو ما يحصل من تأثير فعل منعكس على جزء من الجسم كما يحصل ذلك فى جذوع الاعصاب الدائرية كشظية عظمية بقيت فى عصب أو كاثرة التحام حصلت فيه فتوجد النوبة هنا بعد حصول السبب كما توجد من تأثير أورام على مسير الاعصاب ومن تأثير اجسام غريبة أو من التهابات فى الاذن أو من وجود حيوانات تسلقية فى الامعاء أو من أمراض فى الجهاز التناسلى للانثى فجميع ما تقدم يجوز أن يحدث نوبا صرعية عصبية بتأثير الفعل المنعكس وقد اثبت (برونسكوار) نوع الصرع الناشئ من تأثير سبب باد أو من فعل منعكس بتجاربه التى فعلها على الارانب حيث شوهد بعد تهييج نخاعها المستطيل أو الشوكى أو أعصابها الدائرية خصوصا العصب الفخذى نوب تشنجية فجائية تتجدد زمنا فزمنا ويمكن احداثها بالارادة بتنبيه بعض مناطق الجلد وكذا يمكن ان يصير خنزير الهند عرضة للصرع بفعل ضربات على رأسه

(الاعراض) ـ نذكر هنا الاعراض الاكلينيكية مع اشكال النوب وسيرها على العموم فالنوب الصرعية التامة تنقسم الى عدة ادوار أولها الدور المعروف بالريح الصرعى (أورا) وأحيانا لا يوجد هذا الدور بل تبتدئ النوبة التشنجية فجأة بدون مقدمات وان كانت المقدمات الدالة على هجوم النوبة تكون عادة متشابهة لبعضها تقريبا عند حصول كل نوبة وتتميز اشكال هذا الدور (الريح الصرعى) باضطراب فى أعصاب الاحساس والحواس وفى الاعصاب المخية وقد يحصل فى أعصاب الحركة والكثير هو الاضطراب المتعلق بالحساسية ويتصف بخدر مخصوص يبتدئ بذراع أو ساق وأحيانا بقسم القلب أو بقسم المعدة ومن هناك يصعد الى الرأس ويندران يشابه هذا الخدر نفخ هواء بارد فهذا الريح الصرعى الذى يصعد من جهة القسم الشراسيفى يصطحب أحيانا باحساس ضغط ونزع واضح وتهوع وقىء ويأتى بعد ذلك اضطراب الحواس فيستشعر بعض المرضى برائحة كريهة مخصوصة ويكون الاحساس بالذوق نادرا وبالبصر كثيرا فيرى المريض الوانا أو ضوءا

فسفوريا وكبر أو صغر الاشياء أو تخيلات بصرية كرؤية وجوه اشخاص أو حيوانات الخ وأما اضطرابات الاذن فليس بنادر لحصول فقد فى السمع من جهة واحدة أو سماع صوت صفيرى أو طنين أو أنين فى الاذنين

وأما الريح المحرك فينحصر فى انقباضات دورية خفيفة فى الرأس والوجه وفى ذراع أو ساق ويحصل اضطراب فى اللسان أو العضلات الملساء كحركات قاء واحساس بالتغوط وتحصل أيضا ظواهر فى الاعصاب الوعائية كاحساس ببرد أو حر يعرف ببهاتة أو احمرار الوجه أو قشعريرة أو عرق أو خفقان ويقال ان الريح مخى اذا حصل دوار اثناء النوبة وليس من النادر مشاهدة عدة اشكال توجد مع بعضها فى هذا الدور

ومدة النوبة تكون أحيانا برهة صغيرة وقد تزيد وتنتهى بالنوم أو بان المريض يكتسب وصفا مخصوصا وفى الشكل المخى قد تمكث عدة ساعات أو أياما وقد يزول هذا الدور بدون أن يعقب بدور تشنجى

الثانى الدور التشنجى وهو يبتدئ فجأة اذا كان الريح الصرعى مفقودا فيقع المريض على الارض وقعة واحدة وفى أغلب الاحوال يكون وقوعه جهة الامام غالبا ويغيب عن الوجود وتزول احساساته بالكلية وفى حال وقوعه يصاب أحيانا بجروح وفى أول الامر يحصل منه صراخ صرعى مع فقد الادراك وهذا الدور يبتدئ بتشنج عضلى قوى عمومى ويتجه الرأس والجذع الى الخلف وتكز الاسنان على بعضها وتتخشب الاطراف فى حالة انبساط وتنقبض الاصابع على الابهام ولكون عضلات التنفس تشترك فى هذا التشنج يحصل وقوف فى النفس وزرقة فى الوجه وقد يحصل فيه أو فى الملتحمة ايكيموزس وهذا التشنج العمومى يمكث برهة قليلة تختلف من ربع دقيقة الى نصف ثم يبتدئ الزمن الثانى لهذا الدور فتحصل انقباضات غير منتظمة لكل من عضلات الوجه والمقلة التى تدور فى جميع الاتجاهات وتنحرف زمنا فزمنا الى جهة ثم الى أخرى والحدقتان اللتان كانتا منقبضتين تمتدان تمددا تشنجيا وتثبتان على ذلك واللسان يخرج من الفم بحركة تشنجية ويدخل دفعة واحدة وقد ينجرح والرأس يخبط على المحل المرتكز عليه دفعة واحدة أيضا وعضلات الذراع والساق والجذع تتحرك بحركات مع ارتعاش مستمر والنبض يتواتر قليلا والحرارة

تبقى طبيعية والفعل المنعكس الجلدى يزول مدة النوبة وأما الوترى فيتزايد قليلا وقد يتناقص أو يقف وفى مدة النوبة يحصل تبرز أو تبول غير ارادى وكذا قذف منى من الرجل ومدة التشنج بعض دقائق غالبا ثم تقف الانقباضات عقب تمطع قوى أحيانا ثم يأتى الدور الثالث وهو دور الكوما الصرعية وفيه يبقى المريض فاقد الادراك الا أن التنفس يهدأ والسيانوزيزول ويحل النوم محل الكوما ويمكث عدة ساعات وقد يزول هذا الدور بسرعة وتفوق المرضى فى النوبة وتعود لحالتها الاولى وأحيانا تترك النوبة آثارا تبقى مدة فتحس المرضى بألم فى الرأس واضمحلال فى القوى وآلم فى العضلات ناتج عن التشنج وتكون الحالة الطبيعية غير منتظمة ومنبهة للاخلاط وقد تعقب النوبة بخدل خفيف فى طرف أو فى نصف الجسم وقد يوجد فى البول الخارج عقب النوبة زلال قليل وبعض اسطوانات كلوية وفى بعض الاحيان يحصل ادرار فى البول وهذه النوبة يقال لها النوبة الكبيرة

وأما النوبة الصغيرة أو الخفيفة فى الصرع فتنحصر فى دوار خفيف ونوع اغماء وفقد وقتى فى الادراك بدون ان يصحب بتشنج وهذه النوبة قد تسبق بريح صرعى وقد لا تسبق به وهى تصيب الاشخاص حال اشتغالهم بأى شاغل ولو لعبا كلعب البيانو أو وهم يتحدثون فيقفون عن الشغل ويثبت نظرهم برهة ثم يزول ذلك ويعودون لاشغالهم واذا صادفتهم النوبة حال المشى يستمرون عليه بدون ادراك ولذا قد ينسون الطريق أو يدخلون بيتا لا يعرفونه ثم تعود حالتهم فيتعجبون من وجودهم فى اماكن لم تكن مقصودة لهم وحصول النوم عندهم فجأة يدل على انهم عرضة لهذه النوبة ولهذا النوع اشكال متنوعة تحصل فيها ظواهر مرضية مختلفة الا أنها تكون برهية

ومما ذكر يعلم ان النوبة الخفيفة الصرعية شكل غير كامل من النوب الكبيرة مصطحبة أحيانا بتنبيه الحركة والحالة الصرعية تحدث عقب النوبة الخفيفة أحيانا وتصطحب باضطراب فى القوى العقلية (حالة جنون خفيف) فتطرأ على المريض أمور لم تكن فى الحسبان كأن يقلع ملابسه و ينط أو يعوم الى غير ذلك فضلا عن حصول هيجان جنونى وخطرفة وتخيلات تلجئ المصابين الى ايذاء من يجاورهم مع حصول حركات عجيبة

وبعد زوال هذه النوبة لا يتذكر المريض شيأ مما فعله وفى هذا القدر كفاية ومن أراد ايضاحا أكثر مما ذكر فعليه بمراجعة كتب الامراض العقلية

(السير) - فى الغالب ان الصرع يظهر فى سن الثلاثين والنوبة الاولى تتوافق مع سن الشبيبة وأحيانا تحصل فى زمن الطفولية فلذا تعتبر التشنجات التى تحصل فى زمن التسنين أحيانا انها ذات طبيعة صرعية فالمرض لا يظهر بطبيعته الا فى سن متأخر ولكثرة اختلاف النوب لا يوجد ضابط لتكرارها فان بعض الاشخاص لا تظهر النوب عندهم الا ثلاث مرات أو أربعا مدة الحياة و بين كل نوبة عشر سنين أو خمس عشرة سنة مع أنها فى العادة تحصل فى كل أسبوعين أو شهرين وفى الاحوال الخطرة تكون يوميا و يحصل اختلاف فى سيرها وقد يوجد فى اثناء هذا السير نوب متكررة يتخللها زمن فترة ويجوز أن يمكث المريض أياما بدون ان ترجع قوته العقلية وهذه الحالة نادرة خطرة اذ يكون انتهاؤها بالموت غالبا عقب ارتفاع درجة الحرارة وقد قيل ان تكرار النوب يحصل من تأثير خارجى كالافراط من المشروبات الروحية أو الجماع أو الانفعالات النفسية أو التعب كما قيل ان الاقامة فى المحال الهوائية كالغيطان والجبال مع العيشة الراضية تؤخر النوب أو تمنع حصولها وأما الحيض فتارة يحدثها وتارة يمنعها وكذلك الحمل والامراض المصاحبة أو الطارئة

وأما بالنسبة للطب العملى فيجب علينا تمييز الصرع النهارى عن الليلى اذ يتفق حصول نوب عند بعض المرضى بالنهار وحصولها عند آخرين بالليل حالة النوم حتى ان من يجاور المريض قد لا يحس بها وكذا هو لا يتذكر بعد الاستيقاظ ما حصل له بل قد يحس فقط بحالة فى الرأس لا يمكنه ان يكيفها وبجروح فى الرأس وعض فى اللسان وعدم الانتظام فى الفراش يدل على حصول شئ خارق للعادة وبعض المرضى قد تحصل لهم النوبة بالليل وبالنهار على حد سواء

وأما ما يختص بكل شكل من أشكال النوب الصرعية فيعسر حصره اذ تارة يوجد دور تشنجى فقط وتارة يوجد الصرع بشكل خفيف أو ثقيل وطور الا يوجد وأحيانا تكون الاشخاص بين النوب فى صحة جيدة وأحيانا فى حالة هيجان عصبى أو حالة عبط وتارة فى حالة ذكاء يؤدون صنائعهم بالدقة فقد وجد من مشاهير العقلاء من كانوا مصابين بالصرع

كقيصر وروسو ونابليون الاول والمشاهدات أظهرت ان المصابين بهذا الداء يكون نصفا جمجمتهم غير متساويين وان قطرها العمودى مستطيل وأحيانا يكون عندهم عدم انتظام فى تركيب صيوان الاذن أو الاسنان أو الايدى وهذه التغيرات تشاهد أيضا عند من كان مزاجهم عصبيا

ومدة هذا المرض طويلة ويحدث عند انتهائه تأثيرا على الحالة العمومية وبالاكثر على القوة العقلية فتضعف وتنتهى أحيانا بالذهول وتخف المرضى وبعضهم يصاب بارتعاش وبعضهم باضطراب عقلى ويجوز بقاء المرض مدة الحياة كما يجوز وقوفه سنين ويتعسر زواله بالكلية لان النوبة تحصل من أى مؤثر ومدة حياة المصروعين قصيرة لانهم عرضة لامراض طارئة كامراض الرئة

(الانذار) - لا يخلو هذا المرض من الخطر وخطره يتعلق بشدة النوب وكثرة تكرارها ويجوز حصول الموت فى اثناء النوبة والصرع النهارى أقل خطرا من الليلى

(التشريح المرضى والفسيولوجى) - قد تبين من الطب العملى ان الصرع الاصلى لا يظهر فيه شئ غير طبيعى مدة النوب ولا يوجد فيه تغير تشريحى دائم الوجود حيث لم يظهر من الابحاث الا شئ قليل الاهمية فقد وجد من الصفات التشريحية استحالة فى عظام الجمجمة أحيانا وأحيانا أخرى سماكة فى السحايا ووجد فى بعض الاحوال المصحوبة بخلل فى العقل ضمور فى النصفين الكرويين للمخ وقد ادعى بعضهم انه يوجد عند المصروعين تغير فى قرن أمون لكن هذا التغير ليس دائم الوجود وفعله مشكوك فيه وحينئذ بالنسبة للحالة الراهنة لا يمكننا ان نعتبر نوبة الصرع الا حالة تنبيه وظيفى يزول ويعود لكن يجب علينا البحث عن مجلسه وكيفيته وطبيعته أما الاول فظنوا مدة ان مجلس المرض هو النخاع المستطيل والآن جعلوا مجلسه الطبقة القشرية للمخ وقد استندوا فى هذا الرأى الى اضطراب الاحساس وحصول تشنجات صرعية واضطراب فى القوى العقلية عند اصابتها وأيضا الى التجارب التى فعلت على الطبقة القشرية لمخ الحيوانات فقد حدث الصرع فيها بالصناعة اذ بتكهرب الغلاف القشرى لمخها حصل تشنج صرعى وبرفع الطبقة القشرية وقفت التشنجات العضلية ولذا كان وجود هذه الطبقة شرطا مهما فى حصول نوب

الصرع وأما كيفية سير التنبيه من مركز عصبى الى آخر فلم نعلم الى الآن ويحتمل انه يسير سيرا افقيا فى الطبقة القشرية ومن ذلك ينتج ان ابتداء منشأ الصرع يكون فى الطبقة القشرية وان ظواهر الريح الصرعى تحصل من تنبيه فى الطبقة القشرية الحساسة وأما طبيعة التنبيه وكيفية حصوله فلا نعلم حقيقتهما وان نسب بعضهم ذلك الى أنيميا المخ

(التشخيص) - يعرف الصرع بنوبه التى ذكرت وربما يشتبه بانقباضات صرعية الشكل فى بعض أمراض المخ كالاورام والخراجات والاستحالة المتعددة وفى الشلل الساعى الخ لكن تتميز هذه الاحوال المرضية عن الصرع الحقيقى بمعرفة الحالة التى يوجد فيها المرض بمسافات بين النوب وبسير المرض وأما النوب التشنجية القاصرة على جهة من الجسم أو على جملة من العضل المعروفة بصرع جاكسون فلا تصف الصرع الحقيقى فى أغلب الاحوال وانما تكون اعراضا لبعض آفات الطبقة القشرية وليس من الصعب تمييز الصرع عن نوب الاستيريا كما سنرى ذلك عند شرحها ويجب علينا معرفة النوبة خصوصا فقد الادراك وتمدد الحدقة وعدم تأثيرها من المؤثرات الخارجية وبهاتة الوجه التى تعقب بسيانوز وكذا بعض الجروح وعض اللسان

(المعالجة) - يلزم الاهتمام فى معالجة هذه الآفة فان لم يتوصل الى شفائها لزم الاجتهاد فى ابعاد النوب عن بعضها او تخفيف شدتها فتمنع المرضى من الاشغال العقلية والجسمية ومن تعاطى المشروبات الروحية والمنبهة ومن كثرة التدخين بالتبغ ويكون المأكول بسيطا مكونا من خضراوات والبان وتجب الاقامة فى الهواء المطلق وفى المحال الجبلية مع المحافظة على تقوية البنية الضعيفة كبنية الانيماويين وبعد ذلك يلتفت الى الاسباب فتزال أثر الالتحام وتستخرج الاجسام الغريبة الناتجة عن سبب باد ثم تستعمل الادوية التى تناسب الاعراض الموجودة وأول الادوية وأكثرها استعمالا فى هذا المرض برومور البوتاسيوم ويعطى بالتدريج أى من ٢ الى ٥ الى ١٠ جرام محلولا فى كمية كافية من الماء على مرتين أو ثلاث فى اليوم ويعطى أيضا برومور الصوديوم والنوشادر وقد تجمع هذه الثلاثة معا فيؤخذ من الاول ٢ ومن الثانى ٢ ومن الثالث واحد فى كل يوم ويداوم على البرومو رمدة أشهر أو سنين حتى تحصل النتيجة المطلوبة فاذا حصل من تعاطيه

عند بعض الاشخاص تعب وخود عضلى أو ضعف فى القلب واضطراب فى الهضم وجب الوقوف عن تعاطيه مدة ثم يعاد ثانيا وهكذا

وفى مدة الوقوف عن استعماله تستعمل جذور حشيشة الهر مسحوقة أو منقوعة من ٠,٥ الى ٠,٢ فى اليوم أو تستعمل ست الحسن بان يؤخذ من خلاصتها ٠,١ ومثله من منقوعها مع خلاصة العرقسوس ثم يفعل الجميع ١٠٠ حبة يعطى منها كل يوم من حبتين الى ٦ ويعطى أيضا أوكسيد الخارصين من ٠,٠٥ الى ٠,٢ فى اليوم وقد تستعمل الجواهر الثلاثة معا وهنالك أدوية أخرى استعملت هنا لكن لا احتياج لذكرها وقد حصلت نتائج حسنة من استعمال التيار الكهربائى على العظيم السنباتوى

وأما اجهاض النوبة فيتوصل اليه بدلك العضو الذى تبدو فيه ريح النوبة أولا وبتعاطى ملح الطعام اذا كان مبدأها المعدة وأحسن ما استعمل فى ذلك هو المخدرات واستنشاق الكلوروفورم والاتير وبعض نقط من الاميلنيتريت

(المبحث الثانى فى الرقص السنجى)

يعنى بالرقص السنجى حالة مرضية ناتجة عن زيادة تنبيه فى المخ يفعل المريض فيها حركات تشبه الرقص وتحصل عدواه بفعل التقليد ولما كانت المرضى تتوجه الى الولى المسمى (بجى) لاجل البرء من ذلك سمى المرض بالرقص السنجى

(الاسباب) – المعروف الآن ان هذا المرض ينتج من تنبيه فى الرحم ويقال له حينئذ الكورية الصغيرة تمييزا له عن الكورية الكبيرة التى لها ارتباط بالصرع وبالاستيريا ثم ان الاطفال خصوصا البنات عرضة له أكثر من غيرهن فيصيبهن وعمرهن من ٥ الى ١٥ سنة وكذا ذوات المزاج العصبى عرضة له أكثر من غيرهن وللوراثة دخل عظيم فى وجوده كما للتقليد دخل أيضا فى ذلك وأما السبب اللاواسطى المحدث لهذا المرض فلم تعلم حقيقته نعم ان للانفعالات النفسية والفزع الخ تأثيرا فى نموه ويوجد هنالك ارتباط بين هذا المرض والحدار ومن هذا القبيل ظهور الكورية عقب مرض عفن والحمل يساعد على ظهوره خصوصا عند بكريات الولادة

(الاعراض) – اعراض الرقص السنجى تظهر بدون أن تسبق بأعراض هجوم ومع ذلك

قد

قد تسبق ببعض تغيرات فى الحالة الادبية وبحالة تنبيه عمومى وتغير فى القوة العقلية وآلام حدارية

وأول عرض يظهر هو تغير فى الحركة حتى ان العضلات المختلفة للجسم تصير عرضة لحركات غير ارادية ويرى المريض فى كل جهة من جسمه انقباضات عضلية تقسم ثم لا آخر أو لعدة أقسام مع بعضها فى أزمان متساوية أو غير متساوية فيحصل تثن فى عضلة الجبهة وانقباض فى الفم وتحريك فى العينين غير ارادى فتنغلق وتنفتح على التوالى وتمدد الحدقة عادة واذا برز اللسان الى الخارج بقى فى هذا الوضع وحصل التلعثم فى الكلام خصوصا اذا مسته نوبة الكورية وفى الغالب تصاب عضلات الاطراف العليا بالانقباضات التى توجهها الى جهات مختلفة فى جميع حركاتها الطبيعية بل وغير الطبيعية التى لا يعقل حصولها واذا كان المرض شديدا حصلت حركات فى جميع الجسم فالمرضى تنتصب تارة وتنام أخرى على أى جهة وأما ظهور العلامات فى الساقين فيكون أقل منها فى الاطراف العليا فيشاهد فيهما بعض حركات والقدم ينبسط أو ينقبض أو يلقى على احدى جهتيه أو تنثنى الركبة الخ

(السير والانتهاء) – سير هذا المرض يختلف بحسب شدته وخفته فان كان خفيفا كانت الحركات غير محسوسة أو تحصل وتزول ولا يلتفت اليها لخفتها وان كان زائدا كانت الحركات محسوسة يعرفها من يحيط بالمريض ثم ترتقى حتى تصير تشنجية فالمرضى تفعل جميع حركات جسمها فى كل جهة حتى فى فراشها وتضطرب التغذية والنوم وينهك الجسم وقد تقتصر هذه الحركات على نصف الجسم وهو النصف اليسارى عادة وقد يصطحب هذا المرض بنفخ فى القلب وتغير فى القوة العقلية

وانتهاء هذا المرض يكون عادة بالشفاء الدائم وقد يعود مرتين أو ثلاثا فى أزمان مختلفة من السنين وقد ينتهى بالموت بسبب النهاكة أو الجروح المتعددة التى أصابت المريض وتغنغرت

(التشريح المرضى) – بالابحاث التشريحية التى فعلت فى الكورية الذاتية لم يعثر على تغيرات مرضية مهمة وهذا مما يوجب القول بان هذا المرض من الامراض العصبية

العمومية (نفروز) أى ان الاضطرابات العصبية التى ذكرت فيه ليست مؤسسة على تغير عضوى معروف بل اعراضه تدل على تغير فى مجموع محرك عصبى لكن لا يمكننا معرفة وحصر هذا المجموع وانما يغلب على الظن ان مركز المرض هو المخ ويدل لذلك وجوده فى احدى جهتى الجسم وفى أحوال التغيرات العقلية وكذا فى أحوال أورام المخ لكن لا يحكم بذلك الا اذا كانت المنطقة المحركة للمخ هى المصابة وقيل يمكن ان تكون الكورية ناتجة عن نوع سدد فى أوعية المخ ومن حيث ان وجودها قد يتوافق مع الحدار فمن الجائز أن يكون بينهما ارتباط فى السبب أو المرض

(الانذار) — هذا المرض ليس بخطر ولو طالت مدته ويجوز حصول النكسة فيه

(التشخيص) — معرفة هذا المرض سهلة بالاعراض التى ذكرناها ويتميز عن الارتعاش الشيخوخى والكؤلى والزحلى والزئبقى والشلل الاهتزازى بكيفيات الاهتزاز هنا ويعرف الاصلى من هذا المرض باعراضه الناتجة عن آفات مخية

(المعالجة) — أول شئ يجب فعله هو منع المصابين من التوجه الى المدرسة ومنع كافة الاسباب التى تنبه قواهم العقلية والمحركة والتى تنفرهم وتكدرهم ثم اذا كان المرض خفيفا تمنع من ملازمة الفراش وتوجه الى الرياضة فى الهواء المطلق النقى واذا كان خطرا وجب حفظهم فى الفراش اللين مع سندهم بوسائد من الجوانب ليحفظوا من السقوط أو الخبط فيما يجاورهم حذرا من الجروح التى تصيبهم من ذلك

وأما الادوية المستعملة هنا فهى الزرنيخ وبرومور البوتاسيوم وغيره وأوكسيد الخارصين وحشيشة الهرونترات الفضة وسولفات النحاس وقد استعمل فيزوستيجمين من جرام الى اثنين فى اليوم والاحسن الحقن به تحت الجلد واذا اصطحب هذا المرض بالحدار تستعمل المركبات الساليسية والانتيبرين ويلزم الاحتراس فى استعمال المخدرات والكلورال وقد استعمل كثيرا لف المريض بالملآت المبلولة وكذا الحمامات الباردة لكن الحمامات التى درجة حرارتها من ١٨ الى ٢٢ أفضل وتستعمل الكهربائية الجلوانية بتيار ضعيف فيوضع أحد القطبين على الرأس والثانى على مسير الاعصاب المحركة الشوكية واذا اصطحب هذا المرض بالحمل حسن تعجيل الولادة لان التحسين يعقبها

(المبحث

(المبحث الثالث فى القرينة أى تشنج الاطفال)

يكثر هذا المرض عند الاطفال للطافة اعضائهم ولسرعة تأثيرهم من المنبهات نظرا لزيادة تنبيه مخهم ولسرعة تأثير الفعل المنعكس عندهم أيضا ولذا نرى أن ما يحدث تأثير المنبهات بالفعل المنعكس عندهم لا يحدثه عند الكهول

فتشاهد هذه التشنجات فى ابتداء الحميات وفى الالتهاب الرئوى وفى الحصبة والقرمزية وعقب التخمة وفى زمن شدة التسنين وعند وجود ديدان معوية وعند تأثير منبه على المخ أو على أى جزء من الجسم

ويصعب تفسير حصول النوب دفعة واحدة فى زمن الطفولية الاولى لانه يتصادف امتدادها الى سن متقدم وقد تصطحب التشنجات بآفات مخية التهابية أو نخاعية تسرع بموت الاطفال قبل ظهور تغير ولذا لا نجد الوقت الذى يمكننا فيه معرفة السبب ولا نجد تغيرا تشريحيا يفسر لنا سبب الوفاة أيضا ولا يحسن بنا ان نكتفى بوجود أو زعا فى السحايا وتغير يرينا أنه المرض الوحيد أو انه سبب الوفاة والسبب يكون مجهولا أيضا فى الاحوال التى يظهر فيها التشنج فجأة ويزول ولا يعود وقد دلت المشاهدات على ان الاطفال الراشيتيكيين عرضة لهذا التشنج أكثر من غيرهم

(الاعراض) — أعراض هذا المرض تشبه اعراض الصرع فيثبت نظر الاطفال وتدور أعينهم دورة رحوية ثم تحصل تشنجات فى عضلات الوجه والعنق والاطراف وتستمر التشنجات على شكل نوب مختلفة العدد اثناء النهار وكلما كانت النوب شديدة ومتكررة كان المرض لا يخلو من الخطر خصوصا اذا كانت بنية المريض ضعيفة أو مؤفة

(المعالجة) — تنحصر المعالجة العرضية اذا كانت النوب خفيفة فى الوضعيات الباردة على الرأس ولف الجسم بالملآت المبلولة ووضع الخردل على الصدر والساقين والحقن بالماء المضاف اليه الخل وأما اذا كانت النوب شديدة ومتكررة فتستعمل التباخير الكلوروفورمية بغاية الاحتراس ثم يلزم معرفة الاسباب لاجل معالجتها فاذا كانت معدة الاطفال مملوأة يستعمل المقئ أو المسهل واذا كان المرض من التسنين لزم الاخذ فيما يسهل بروزها ويسكن ألمها واذا كان من الديدان المعوية وجب استخراجها بالادوية الطاردة للدود وبالمسهلات

الزيتية واذا ظهرت اعراض من جهة المخ وجب معالجتها وعلى كل فالادوية المضادة للتشنج كثيرة ونحن كثيرا ماضار بناه بالحقن المكونة من الحلتيت وباعطاء أوكسيد الخارصين بمفرده أومع الزئبق الحلو وهذه صفة حقنة

محلول مصمغ	١٠٠	جرام	في كل ساعتين حقنة صغيرة من نصف أوقية الى أوقية حتى يقف التشنج
حلتيت	٢	»	
صفار بيض	١	عدد	

وكذا الحمامات الفاترة جيدة النفع هنا أيضا

(المبحث الرابع فى الشلل الاهتزازى)

وهو المعروف بمرض (باركن سون) واستكشف فى أوائل هذا القرن

(الاسباب) — لم تتضح أسباب هذا المرض الذى يبدو ببطء من غير ظهور علامات له وهو يصيب الاشخاص المتقدمين فى السن كابن ٣٥ أو ٤٠ والظاهر ان النوع ليس له تأثير فيه وقيل ان للبرد تأثيرا هنا وكذا الانفعال النفسى الشديد وكذا الاسباب البادية خصوصا جروح الاعصاب

(الاعراض والسير) — يميز هذا الداء عرضان مخصوصان به الاول تنبيه الحركة الذى يظهر على شكل ارتعاشى الثانى حالة تيبس وقصر فى بعض العضلات ومجموعهما يحدث نوع اضطراب مخصوص فى الحركة

فاما الارتعاش فهو أول عرض يستشعر به المريض ويبتدئ باليد ثم يمتد الى الذراع من الجهة اليمنى عادة ثم الى ساق هذه الجهة ثم منها الى ذراع وساق الجهة اليسرى ثم الى باقى الجسم وهذا الارتعاش يكون مشابها لبعضه دوريا ذا امتداد مختلف والابهام والاصابع تكتسب شكل نصف انثناء وحركاتها تشبه حركات الاصابع التى تغزل أوتصنع حبوبا وأما حركات الذراع فهى حركة انبساط وانقباض من غير ان تعلم العضلات الداخلة فى هذا الفعل وحركات الجذع تكون مشتركة مع عضلات الاطراف وقد تشترك معها عضلات الوجه والرأس أيضا وهذا الارتعاش يكثر عند الكلام والفزع وحمل الاثقال أوالضغط على يد آخر وأما الحركات الارادية فلا تحدثه

وأما الثانى وهو التيبس العضلى فهو مايشاهد من توتر عضلات الوجه توترا مخصوصا من الثبات وعدم الحركة والرأس يتجه شيأ فشيأ الى الامام وهذا مايوجب وصول الذقن الى الصدر ثم يسعى هذا التيبس الى الجذع والاطراف ويكسبها هيئة مخصوصة واصفة لهذا المرض فالصدر ينحنى الى الامام والاطراف العليا تنجذب جهة الصدر وتنثنى الاصابع على راحة اليد مع الاصبع الكبيرة فتكتسب هيئتها حال الكتابة وتنثنى الساقان قليلا على الفخذين وينشأ عن هذا التيبس عوق فى تميم الوظائف حتى ان المرضى يتعسر عليهم القيام من الفراش بل يتعذر عليهم تغيير وضعهم من جهة الى أخرى بدون مساعد أما بالمساعد فيمكنهم القيام والمشى ولو بسرعة ولما كان انحناؤهم الى الامام هو نقطة ثقل جسمهم كان الاتجاه اليه سهلا ويستمرون كذلك حتى يجدوا جسما صلبا يستندون اليه كحائط ونحوه واذا دفع مريض الى الامام التزم السرعة والجرى ليجتنب الوقوع أما اذا دفع الى الخلف سهل الوقوع ان لم يساعد على حفظ نفسه لتغير مركز الثقل والكثير من المرضى يتعود على تصالب أذرعتهم خلف ظهرهم عند المشى وأما القوة العضلية فتحفظ مدة وتنتهى بحصول خذل وتعب والظاهر ان عضلات العين تشترك فى التيبس ولذا يتعسر لبعض المرضى قراءة الكتابة بسرعة وتتابع ثم ان هذا التيبس يكون عرضا ملازما لهذا المرض حتى أنه فى بعض الاحيان يوجد بدون الارتعاش وأما الوظائف الاخرى العصبية فتبقى بدون اصابة فى الشلل الاهتزازى المعتاد والحساسية لا تضطرب وانما فى أوائل المرض يوجد بعض احساس مؤلم خصوصا فى الكتفين والافعال المنعكسة للتبول لا تظهر علامات مهمة واما اضطرابات الرأس والعقل التى تحصل هنا فى بعض الاحيان فلا يعلم ان كان من اعراض هذا المرض أوناتجة عن مضاعفات ومن المهم معرفته الاحساس بحرارة باطنية ومع كونها طبيعية تزيد فى الدائر فقط وقد يوجد أحيانا عرق غزير

(المدة والانتهاء) — يمكث هذا المرض زمنا طويلا بسير بطىء ومن ذلك تحصل نكاهة الجسم وشفاؤه غير محقق وليس انتهاؤه المحزن متعلقا به فقط بل بالمضاعفات التى تطرأ أثناء

(طبيعة المرض) ـ الى الآن لم تعلم حقيقة طبيعة الشلل الاهتزازى وانما مجلسه يكون طبيعيا فى جزء من الجهاز المحرك وان كانت الابحاث التشريحية والميكروسكوبية التى فعلت على المجموع العصبى لم تظهر شيأ محسوسا وبالنظر لذلك هل نعد هذا المرض من الامراض العصبية أو من أمراض العضلات اذ يحتمل أن يوجد فى العضلات مؤثر يحدث ارتعاشها ومتانتها وبالجملة لانعلم للآن طبيعة هذا الداء

(التشخيص) ـ تشخيص هذا المرض سهل بوجود الارتعاش وبهيئة الجسم المخصوصة التى ذكرت آنفا وبمتانة العضلات خصوصا عضلات الجذع والتمييز بينه وبين الاسكليروز ذى النوب المتكررة سهل لان الارتعاش هناله طرز تذبذبى ويحصل حتى فى زمن الراحة وأما فى الاسكليروز فبخلاف ذلك على ان لكل منهما علامات خاصة به

(المعالجة) ـ لم يتحصل لغاية الآن على دواء يؤثر تأثيرا محسوسا فى هذا الداء وانما يستعمل من الظاهر الحمامات والتكبيس ومن الباطن الزرنيخ والارجوتين وبرومور اليوتاسيوم والهيوسيامين والكلورال والفيزوستيجمين وأما الكهربائية فقد تنجح فى الاحوال الحديثة وقد استعمل شد الاعصاب

(المبحث الخامس فى التخشب)

هذا المرض يعرف أيضا بالكتاليبسى وكان قديما يعد مرضا قائما بنفسه فى اغلب الاحوال ولكن الآن صار يعتبر عرضا مخصوصا لاحوال مرضية مختلفة وهو يتصف بمتانة وتخشب فى العضلات بكيفية مخصوصة بحيث ان الطرف يحفظ الوضع الذى اكتسبه واذا أريد تغييره هذا الوضع بوضع آخر لا يتمكن المريض من ذلك وقد تكتسب الاطراف قوام الشمع فتكون مقاومتها ضعيفة ويمكن اعطاؤها أوضاعا مختلفة وهذه الحالة تعرف بحالة الانثناء الشمعى

(الاسباب) ـ لم يعرف منها الى الآن الا الاحوال التى تساعد على ظهور المرض ولا تصل حالة التخشب هنا الى الدرجة الشديدة ولذا يمكن مقاومة هذا التقلص وجعل الطرف الآخر كما ذكرنا الا اننا نجهل تأثير الفعل المنعكس الذى يحدث دائما هذه القوة العصبية ومن العجيب ان الطرف يكتسب وضعه الاصلى بعد زوال تأثير التنبيه العصبى وأما

الاحوال التى تظهر فيها الكتاليبسى فهى الايستيريا الخطرة وحينئذ تصاحب اضطراب وظائف أخرى خصوصا اضطراب الحواس وفقد الاحساس الذى يصيب بالاكثر العضلات ولذا تمكث المرضى أكثر من ساعة باسطة ذراعها من غير شعور بتعب وبعد هذه المدة تنخفض الذراع شيأ فشيأ والتخشب الايستيرى يشبه التخشب التنويمى الذى يفعل بالصناعة خصوصا عند الايستيريين بمساعدة حركات مخصوصة بطريقة التنويم وفعل التخشب الصناعى منتشر الآن فى كثير من البلاد ويحصل بواسطة فعل حركات مخصوصة امام الشخص أو بتصعيد النظر اليه وهذا المرض يحصل أيضا اثناء سير أمراض أخرى مخية كما فى الماليخوليا وفى الشلل الساعى والالتهاب السحائى وغير ذلك من أمراض المخ وقد شوهد أيضا عند الاطفال واذا ظهر عند أشخاص جيدى الصحة اعتبر انه مرض قائم بنفسه وحينئذ يقع الشخص متخشبا من غير أن يعلم لذلك سببا ثم يفيق بعد مضى مدة وحيث ان للتخشب كيفيات مختلفة كان وضع قاعدة كلية له متعذرا وأما معالجته فتعلم من المبحث الآتى

(المبحث السادس فى الايستيريا)

هذا المرض وكذا الصرع يعرفان عند العامة بالريح وبالعفاريت ويجعلون معالجته بحالة مذمومة تسمى بالزار كما انهم يعالجون به الآن كثيرا من الامراض

(الاسباب) ـ مهما كانت شدة الآفات الايستيرية واضطراباتها العصبية فليس لها ارتباط بتغير عضوى عظيم فى المجموع العصبى وهذا ما يفسر زوال هذه الاضطرابات مهما كانت شدتها فى مدة وجيزة ومبدأ حصول هذه الاحوال الايستيرية يكون فى المراكز العصبية المرتبطة بالقوى العقلية ولذا تشغل اضطراباتها الاجزاء المختلفة للمجموع العصبى اذ لا يمكن اتخاذها مجلسا واحدا

ويجوز حصول الايستيريا بدون أن يعرف سببها وذلك عند الشابات الوراثات للامراض العصبية فتظهر هذه الامراض عندهن على شكل أنواع أخرى ويجوز أن تكون مكتسبة ولذا نشاهد حصول الايستيريا عند الاشخاص عقب اصابتهم بأمراض أخرى ومما يجعلهم مستعدين لهذا الداء عدم حسن تربيتهم وهم فى الطفولية الثانية أو اشتغال عقلهم بأشياء معيبة أو مهيجة للاعصاب ثم ان النساء عرضة للايستيريا أكثر من الرجال ومع ذلك شوهدت

عند الرجال مصحوبة بانقباضات وتشنج وتكثر فى زمن الشبان وفى السن المتوسط من الحياة وكذا الاطفال وهم فيما بين الثامنة والعاشرة وقد شوهد حصولها فى فرنسا أكثر من النمسا وعند اليهود أكثر من غيرهم

وحيث ان كلمة ايستيريا باليونانى معناها الرحم كان هو الداعى لان يتصوران منبع الداء هو اصابة الجهاز التناسلى للمرأة وهذا منقوض باصابة الرجل والاطفال لكنه يحصل بكثرة عند الشابات اللواتى لم يحصل أدنى تغير فى اعضاء تناسلهن وبناء على ذلك اذا تصادف حصول تغير فى هذه الاعضاء لا ينبغى نسبة الايستيريا اليه دائما الا ان لو بحثنا بالدقة عندهن لتوصلنا الى معرفة أسباب أخرى لها تأثير على حصول النوبة ويعد من الاسباب اللاواسطية حالة الحيض والحمل والنفاس وأما الافراط من الجماع والاحتباس فلا يؤثران هنا الا بواسطة اضطراب فى الافعال الادبية

(الاعراض) - يوجد لهذا المرض اعراض خاصة به لا توجد فى مرض آخر عصبى مثل وجودها هنا وشاركو سمى هذه الاعراض بالاستجماتة الايستيرية ومن الاسباب الاضطرابات العقلية حيث شوهدت الايستيريا عقب الانفعالات النفسية أو عقب اضطراب فى القوى العقلية أو عقب غضب أو تنبيه شديد أو عقب سقوط فى الماء أو تأثير حريق أو عقب مصادمة أو تأثير برد أو عقب رجة شديدة وفى بعض الاحيان يحصل شلل فى الجزء الذى وقع عليه التأثير المحدث للايستيريا مثلا اذا حصلت نوبة الايستيريا من صدمة على الركبة شوهد حصول آفة ايستيرية فيها كالم عصبى ايستيرى واذا حصلت النوبة من تأثير حريق اصاب فراش المريضة فدائما يحدث ذبحة حنجرية يعقبها شلل فى الاحبال الصوتية وهذا الشلل يكون ايستيريا كما ان المريض اذا وقع على جهة حصل فقد فى احساس تلك الجهة ويوجد من هذا القبيل أمثلة كثيرة

(الاعراض والاشكال) - أول ما يجب على الطبيب معرفته هو الحالة العقلية اذ يستنتج منها أحيانا ما يدل على المرض لان الايستيريا لا تصيب خسفاء العقول وان كانوا بسببها يتأثرون كثيرا من المنبهات ويتغير طبعهم كثيرا ويسرع غضبهم ويقل صبرهم ويتغير فكرهم بسرعة ويبالغون فيما يصيبهم من الألم ويشكون دائما لمن يجاورهم ولطبيبهم وهو من

جهة قليلو العزم ومن جهة أخرى معاندون مكارون محتالون فعندما يرغبون فى شئ يحتالون بالخداع والتواضع حتى يصلوا الى مرغوبهم ولا يغيب علقهم عن ذلك ومع هذا قد يوجد لما ذكر بعض استثناآت ولا يصاب بالاستيريا عادة الاضعفاء البنية وقد تصيب الاصحاء ومن الاعراض أن تحصل تشنجات ذات طبيعة مختلفة عقب انفعال نفسى أو تأثير وقع على العقل وقد يعم التشنج جميع الجسم فيشتبه بحالة صرع وهذا هو ما دعى البعض الى تسمية ذلك بالنوبة الاستيرية الصرعية لكن الشبه لا يكون الا فى التشنج فقط وأما فى القوى العقلية فلا لانها لا تغيب فى الاستيريا بالكلية كما فى الصرع ومع ذلك فالتشنج فى الاستيريا يتصف بفعل اشارات مختلفة وتتضاعف اشكاله عما فى الصرع فالاطراف العليا والسفلى تتحرك بحركات قذف وخبط والجذع يتجه من جهة الى أخرى وينحنى على محوره أو يتجه الى الخلف بكثرة وتضرب المرضى نفسها وتنتف شعرها وقد تصدم الارض برأسها وتندر مشاهدة تقلص عضلات الوجه وحدها مثل ما يحصل فى الصرع وفى أغلب الاحوال يوجد كزاز قوى وجذب فى السحنة التى يظهر عليها علامة الخوف والفزع وحينئذ يضطرب الاحساس ومتى زال التشنج زال الاضطراب خلافا لما فى الصرع واما مفعول الحدقتين فيستمر أيضا مدة النوبة فقط

ومن اشكال التشنج الاستيرى تشنج عضلات التنفس الذى يحصل على شكل نوب وحركات التنفس فيه تكون قصيرة متكررة وأحيانا تحصل نوب تخشب فى جميع الجسم مصطحبة بارتعاش فى الجذع والاطراف والتنفس يصير لهثيا سريعا فيجوز أن يصل الى ١٠٠ حركة فى الدقيقة

ومنها شكل تشنجى يسمى بالضحك التشنجى وبالبكاء والصراخ التشنجيين ومن اسم هذا الشكل يستدل على الافعال وقد يقتصر التشنج على جزء من الجسم كذراع أو ساق وقد يطرأ سعال يكون مجلسه المزمار فينشأ عنه التشنج الاستيرى أو يكون قاصرا على الحجاب الحاجز فينشأ عنه الفواق الاستيرى فهذه الاشكال قد توجد منفردة عن بعضها وقد تجتمع ونضيف الى ذلك تشنج البلعوم والمرئ فيحس المريض فى هذه الحالة كأن كرة فى مجراهما تصعد وتنزل مرارا من الصدر الى العنق تسمى بالكرة الاستيرية وجميع ذلك يحصل فى نوب متكررة

فى أزمان مختلفة ومدتها تختلف من أشهر الى سنين

ومنها الشلل الاستيرى الذى يحصل عقب نوبة عصبية ويندر حصوله تدريجا وهو آت من المراكز ويقال لهذا الشلل الارادى لان المرضى يتخيل لهم امكان تحريك الاعضاء المشلولة بالارادة مع أنه لا يتيسر لهم ذلك وهذا الشلل لا يصيب الا بعض حركات مشتركة للاطراف اليسرى اذ يتيسر لكثير من المرضى نقل أطرافهم حالة كونهم فى الفراش ولا يمكنهم المشى عليها وقد يحصل فالج لاحدى جهتى الجسم وتبقى حركات الجهة السليمة محفوظة والمريض يفعل مجهودا فيها ولا يتيسر له المشى ولو حصل الوقوف

ومنها شلل الاحبال الصوتية الذى يكثر فى الاستيريا فينطفئ صوت المرضى أو يكون ضعيفا ابح واذا بحث عن الحنجرة بواسطة الميكروسكوب لا يرى فيها شئ متغير غير ان البلعوم يفقد حساسيته وفعله المنعكس وينتهى الشلل باصابة المزمار واللسان فيصير المريض أخرس واصابة البلعوم بالشلل نادرة

ومنها التشنج الذى يحصل فى جزء أو اجزاء من الجسم مصحوبا بشلل أو فقد فى الاحساس أو باعراض أخرى استيرية والاطراف عرضة له أكثر من الجذع والقفا فالتشنجات التى تحصل فى الاطراف العليا تثنيها والتى فى الاطراف السفلى تبسطها

ومنها اضطراب الحساسية والحواس فعند الاستيريين يكون اضطراب الحساسية أكثر من اضطراب الحركة وحيث ان المرضى لا تعتنى بذكر هذا الاضطراب للطبيب يلزم عليه أن يعرفه خصوصا فى الاحوال المختلفة لهذا المرض فيوجد نقص عمومى فى الاحساس الجلدى حتى يمكن تنفيذ ابرة فى ثنية من الجلد بدون أن يحس المريض بالألم وبسبب ذلك يحصل عند الاستيريين جروح ولا تستشعر بها وأحيانا تشترك الاغشية المخاطية والعضل فى فقد هذا الاحساس الذى قد ينحصر فى ذراع أو ساق أو فى بعض اجزاء من الجسم الخ وقد يصاحبه شلل أو تشنج ومتى فقد الاحساس من الاجزاء الغائرة كان الشلل خطرا

ويوجد فقد احساس أيضا فى الحواس كضعف البصر وفقد جزئى أو كلى فى رؤية الالوان وأول مايزول هو اللون البنفسجى ثم الاخضر ثم الازرق والاصفر ويحصل ضعف أو فقد فى حاسة الذوق والشم كثيرا وأما اضطراب السمع فنادر وقد يحصل فقد الاحساس فى نصف

الجسم وحواسه وذلك فى الاستيريا الخطرة الا أنه يلزم البحث عنها بواسطة المنبهات الميخانيكية ويكون جلد الجزء غير الحساس باهتا وأوعيته منقبضة ودمه يسيل قليلا متى جرح وقد يكون فقد هذا الاحساس هو العرض الوحيد للاستيريا وقد يصطحب باعراض أخرى أو بفقد قوة ادراك العضل (دوشين) فالمرضى لا يمكنها تحريك اطرافها اذا كانت أعينها مغلقة مع انه يمكنها أن تحركها حركات معتادة اذا كانت أعينها مفتوحة ولذا يبقى الطرف فى الوضع الذى أخذه قبل اغلاق العينين

ومنها زيادة الحس هذه الحالة تشاهد فى اجزاء مخصوصة من الجلد فيوجد فيها الدم مختلف الشدة وهى تتأثر من أى مهيج وتارة تكون زيادة الاحساس كثيرة الامتداد فى جزء أو قليلته ومجلسها يكون عادة فى الاطراف ثم فى الرأس ثم فى الجذع خصوصا القص أو فى الجهتين الجانبيتين من الصدر قريبا من الثدى وكثيرا على مسير العمود الفقرى وفى قسم المبيض عند الانثى وفى قسم الاربى أو الخصية عند الرجل ولهذه الاعضاء الاخيرة ارتباط بالنوبة الاستيرية وضغطها يبطل النوبة عادة ولذا نسب شاركو لزيادة احساسها منشأ النوبة وقد تشاهد زيادة الحس فى الحواس كحاسة الشم والذوق الخ

ومنها حصول اعراض اخرى من جهة بعض الاعضاء كشلل الحنجرة وتشنج البلعوم وضيق النفس العصبى والخفقان العصبى واضطراب حركة العروق كانيميا أو امتلاء عروق الجلد فى جهة ويمكن ان الاعضاء الباطنية تصاب بهذه الحالة ولذا تحصل انزفة باطنية وألم المعدة النزيفى ونزيف الرئة العصبى الاستيرى ويكون الدم فى كلاهما سائلا ذو لون كلون عنب الذئب فاتحا مع انه قليل أى من ٥٠ الى ٨٠ جرام فى كل ٢٤ ساعة ويجوز أن يكون آتيا من اللثة وقد شوهد نزيف أيضا من اعضاء التناسل عند الاستيريات وكذا نزيف جلدى

وأما اضطراب القناة الهضمية عند الاستيريين فينحصر فى ظواهر عصبية كعسر الهضم العصبى والمغص والامساك الذى يعقبه اسهال ويضاف الى ذلك التجمع الهوائى والغازى فى الامعاء وذلك يكون من نوع شلل فيها ناشئ من بلع كمية من الهواء بدون قصد وشوهد أيضا اضطراب فى الافرازات بين زيادة ونقص سواء كان عرقا أو لعابا أو بولا وأما

اضطراب اعضاء التناسل فيوجد عند بعض الاستيريات زيادة احساس فيها أو اضطراب فى الحيض

وللنوبة الاستيرية الكبيرة ثلاثة أدوار الاول يوجد فيه تشنجات صرعية عمومية شديدة مصحوبة أحيانا بفقد فى الادراك الثانى دور الالتواء والحركات الكبيرة والخبط ووقوع المريض من جهة الى أخرى الثالث دور الهذيان فيتصور فيه المريض حالات مختلفة ثم يحصل التشنج وفقد الاحساس ويضاف الى ذلك ظواهر التنويم والتخشب والغيبوبة عن الوجود الخ

وسير هذا المرض ليس واحدا عند كل المرضى ومدته تختلف فقد يمكث أشهرا أو سنين وقد يزول ولا يعود وقد يعود بسبب تأثير المجموع العصبى من المنبهات الخارجية

(التشخيص) - يسهل لطبيب متمرن معرفة الاستيريا متى شاهد العلامات المذكورة وهى التشنج والشلل وفقد الاحساس أحيانا وفقد الحركة الجمية ووجود تشنجات مرئية وبلعومية تشبه كرة صاعدة ونازلة كما تقدم واضطراب الحواس الخ وبالبحث عن الاعضاء المختلفة يتوصل الى معرفة سلامتها وقوة تأثير الكهربائية تكون هنا محفوظة ويلزم أيضا معرفة السبب وتأثير المريض من المنبهات الخارجية والانفعال النفسى ووجود ازفة فى النوب العصبية واضطراب التصورات لان هذه كلها تساعد على التشخيص حيث لم يكن مصحوبا بتغير عضوى

(المعالجة) - يلزم أولا استعمال الوسائط الصحية والادبية التى تمنع تعرض الاطفال لنوب عصبية مع تجنب الانفعالات النفسية والفزع واذا ابتدأت الحالة العصبية لزم استعمال الادب وتسلية المريض لان لذلك تأثيرا عظيما على عقل المريض ويتوصل الى هذا باحاطة المريض بمن له ثقة فيه ومحبة به ممن اتصف بالكمال والغالب أن أبويه أولى بأداء ذلك من غيرهم وتكون المعالجة بهذه الكيفية فى محال مخصوصة لائقة بالمريض لان خوف المريض من عزله فى محل مخصوص يكفى أحيانا للتبصر فى نفسه بالنسبة لحالته والمعالجة الادبية جيدة النفع فى حالة وجود شلل استيرى فيجب متى علم هذا الشلل تشجيع المريض وتطمينه بعود ارادته وفعل مجهود لاعادة حركة العضلات المشلولة وحيث ان الشلل يصيب

عادة الاطراف السفلى يلزم مساعدة المريض على الوقوف وسنده حتى يفعل حركات مشى وهذا التمرين يكرر فى كل يوم حتى ترجع الحركة شيأ فشيأ أو يجسر المريض على فعلها وبذلك يتحقق من النتيجة وهذه الطريقة أحسن الطرق العلاجية لهذا الشلل فان المريض الذى يمكث أسابيع أو أشهرا يشفى بها فى مدة قليلة خصوصا اذا سوعدت بالكهربائية والماء البارد

ويعالج شلل الاحبال الصوتية بتمرينها وبتكهربها من فوق سطح الجلد المغطى للحنجرة أو بوضع أحد القطبين عليه والآخر على الاحبال

وأحسن شئ يستعمل للتشنج الاستيرى هو استعمال الماء البارد بحمام أو رش الجسم لان تنبيهه ينشط ارادة العضلات ويوقف التشنج والخوف من استعمال حمام بارد مرة ثانية يؤثر على المرضى ويشجعهم لمقاومة نوبة أخرى ومتى حصلت النوبة يستعمل الحمام وبوضع فوط مبلولة على الدائرة الاستيرية كدائرة المبيض يمكن وقوف النوبة

ويعاد فقد الاحساس بواسطة الفرشة الفارادية اذ هى منبهة للاعصاب الحساسة ويستعان على زوال الاضطرابات الاخرى بالنصائح الادبية والحمامات الباردة فى الصيف وبالكهربائية وباستعمال حمامات البحر أو الاقامة فى المحال الجبلية

وأما الادوية المستعملة فى معالجة هذا المرض فهى الحلتيت وحشيشة الهر والجندبادستر فحشيشة الهر تستعمل على شكل خلاصة من جرام الى اثنين فى اليوم وأما صبغته فيستعمل منها ١٠ نقط عدة مرار فى اليوم واذا كان تهيج الاعصاب زائدا أو حصل هناك تشنج يستعمل برومور البوتاسيوم ولا يستعمل المورفين لان ضرره أكثر من نفعه اذ بتكرار استعماله يتعود الشخص عليه ولا يمكن منع ذلك ثم اذا صاحب الاستيريا مضاعفة مرضية وجبت معالجتها

وللصفائح المعدنية نفع فى معالجة ضعف الحساسية اذ شوهد زوال الضعف الاستيرى وعود الحساسية ثانيا بوضع هذه الصفائح على جلد ضعفت حساسيته من الاستيريا وصفائح الحديد أحسن من غيرها ويليها صفائح النحاس ثم الخارصين والذهب الخ وهذه الطريقة يستعملها شاركو كثيرا

وقدشوهدانتقال ضعف أوفقدالحساسية من الجهة المريضة الى الجهة السليمة المقابلة لها وقدشوهد ذلك فى الشلل أيضا وهذه الظاهرة لم يتم تفسيرها الى الآن

(المبحث السابع فى الضعف العصبى)

الضعف العصبى حالة مرضية تصيب الجوهر العصبى بدون تغيير تشريحى سواء كانت الاصابة خاصة بجوهر النخاع الشوكى (ضعف عصبى نخاعى) أو بجوهر المخ (ضعف عصبى مخى) أو بالاثنين معا (ضعف عصبى عمومى) وأول من درس هذه الحالة هو بير الامريكانى الذى كان يظن أنه مرض خاص بامريكا لكن ظهر أنه يوجد أيضا فى النمسا ومصر وغيرهما

(الاسباب) — منها الانفعالات النفسية المستديمة والمعيشة غير المنتظمة وتأثير الجواهر المضرة بالصحة والسامة كالمشروبات الروحية والنيكوتين والافراط من الجماع والاستمناء الخ ومنها الوراثة والتغذية غير الجيدة والاستعداد للبوخونداريا (خلل عقلى) وكثرة الاشتغال العقلى

(الاعراض) — اذا كان الشكل المخى هو المتسلطن يشاهد ضعف فى القوة العقلية واضطراب وتعب فى أفعال الدماغ عند أصحاب الحرف والعلماء ويحصل ضغط على المخ حتى تخاف المرضى على قوتها العقلية وهذا الضغط يحس به جهة الجبهة تارة وجهة المؤخر أخرى وقد يصطحب بألم حقيقى مع زيادة احساس فى فروة الرأس فلا يجد المريض قوة على الاشغال العقلية وبذلك يمتنع الشخص من أداء وظيفته وهناك عرض ذو أهمية وهو الارق الذى يحير فكر المريض ويطلب دائما النجاة منه وقوته العقلية تقل فيقطع الامل من الشفاء وهذا مما يصيره ماليخوليا حتى ان بعض المرضى يخاف من الاجتماع فى المجتمعات مهما كانت ويخاف من التمرين الجسمانى وقد يحصل عند بعض المرضى دوار وقد يصاب المريض بضعف جسمانى ناتج عن قلة التنبيه العصبى المركزى ولذا تتعب المرضى سريعا ولا تقدر على الاتعابات اليديه ولا تتحرك وتلتزم الجلوس وتقل شهيتها وتغوطها ويجف الجلد وتضعف الدورة ولذا تشتكى المرضى ببرد فى اليدين والقدمين

وأما اذا كان الشكل الشوكى هو المتسلطن فتصاب المرضى باضطرابات عصبية أخرى

كالألم العصبى الشوكى والخدر وآلام الاطراف واضطراب وظائف التناسل

(السير العمومى) — هذا المرض مزمن جدا الان المرضى فى الاحوال الخفيفة لاتشتكى مما يؤلمها بل تخفيه لعدم أهميته ولان صحتهم الظاهرة تكذب شكواهم لو حصلت وأما فى الاحوال الخطرة فتصير المرضى مشغوله على الدوام بما يؤلمها وعلامات ما يكابده تظهر وأما انذاره النهائى فيتعسر ذكره لان خطره لايكون ظاهرا دائما ويجوز حصول الشفاء كما يجوز زوال الاضطرابات مدة ثم تعود

(التشخيص) — تشخيص الضعف العصبى سهل الا أنه لا يحكم به الا بعد بحث دقيق فى المجموع العصبى وبه يستدل على عدم وجود تغير عضوى وعلى عدم وجود أورام وشلل عمومى حادث ويستدل على ذلك أيضا بالاسباب وبالحالة الادبية ثم ان هذا المرض قد يشتبه بالاستيريا ولكن يتميز عنها بالاعراض التى سبق ذكرها وبان اعراضها تظهر فجأة عقب انفعال نفسى ثم تزول وهذا لايوجد هنا وبان الاضطرابات العصبيه تكون كثيرة ومستمرة هنا وبان الاستيريا أكثر خطرا مما هنا

(المعالجة) — يبتدأ باستعمال الوسائط الادبية وبث النصائح اللازمة للمريض ويلزم ان الطبيب يكرر عيادته لاجل التحقق من حالته وابداء الارشادات اللازمة حتى ان النصائح تكون كافية لاقناعهم بل لازالة حالة الماليخوليا ثم بعد ذلك تعطى المرضى الادوية التى تقوى المجموع العصبى ويلزم لذلك طول المدة مع انتظام طريقة الاستعمال ويلزم الاعتناء باتخاذ الوسائط الصحية العمومية فتمنع المرضى من الاشتغال العقلى ومن الانفعالات النفسية ويلزم تنظيم المأكولات وأوقاتها والاخذ فى تقوية البنية الضعفية والمعدة الضعيفة أيضا باعطاء الالبان والزبد والبيض والمواد النشوية ويعرف التحسين بزيادة وزن الجسم ويجب ان تمنع المشروبات الروحية وكثرة الدخان وكذلك القهوة والشاى وأن تكون الرياضة قليلة فى هواء مطلق جيد كما فى البحار وضفافها ومن الوسائط الدوائية أيضا المعالجة بالماء البارد وبالكهربائية فيكهرب العظيم السنباتوى والنخاع الشوكى باحتراس وكذا الحمامات الكهربائية ويجوز استعمال الكهربائية على الاعضاء المختلفة للجسم وكذا استعمال الفرشة الكهربائية

وأما الوسائط الدوائيـة التى تعطى من الباطن فيجب أن تكون بحسب ظروف الاحوال فتعطى المركبات الحـديدية الكينينية والزرنيخيـة والادوية المرة وحمض الكلورايدريك ويدافع الامساك بالوسائط المليئـة ويستعمل التكبيس لان له نفعا فى الاحوال العصبية وأما الوسائط التى تستعمل ضد الارق كالكلورال أو المورفين فتؤخر هنا وانما تعالج البنية على العموم وتستعمل الحمامات الساخنة أو اف الرأس بمكمدات مغمورة فى ماء بارد أو توضع على القفا فان ذلك يكفى أحيانا لحدوث النوم ويجوز أن يكون لتكهرب الجسم على العموم تأثير فى زوال الارق ويجوز للمتعود على المشروبات الروحيـة شرب كأس من النبيذ فاذا لم تكف هـذه الوسائط يستعمل برومور البوتاسيوم بكمية قليلة والا فيعطى من ٣ جرام الى ٥ مرة واحـدة فى كأس من الماء ومن الوسائط المزيلة للارق خلاصـة الحشيش أو تناته من جرام الى اثنـين أو ثلاثة فى محلول مائى وكذا بارالدايد ويعطى من ٢ الى ٣ جرام والسلفونال لغاية جرام واحد وعلى كل حال لا ينبغى الاهمال فى المعالجة العمومية

(تتمـــــة)

لما كانت التشـنجات التى تحصـل فى بعض أعضاء المراضـع وأمراض الفكين نادرة وبعضها يكون تابعا لحالة حـدارية أو لاسـباب بادية تركنا شرحها هنا وليست معالجتها الا كمعالجة الامراض العصبية العموميـة فلم نذكره منها لم تكن خلاصته الامثل ما تقدم بالتمام

والحمد لله أولا وآخرا باطنا وظاهرا والصلاة والسلام على خاتم الانبيا والمرسلين وآله وصحبه أجمعين

﴿يقول خادم تصحيح العلوم بدار الطباعة العامرة ببولاق مصر القاهرة الفـقير الى الله تعالى محمد الحسينى أعانه الله على أداء واجبه الكفائى والعينى﴾

يا من كملت خلاصـة عبادك المصطفوية وخلصتهم من أمراض النفوس الباطنية بما أفضت على قلوبهم من أشفية فيوضاتك الطبية (نحمدك) على جميع آلائك ونصلى ونسلم على خاتمـة رسلك وأنبيائك سيدنا محمـد طب القلوب ودوائها وعافيـة الابدان

وشفائها وعلى آله وأصحابه ومحبيه وأحزابه ﴿أما بعـد﴾ فلما كان فن الطب من أجل الفنون قـدرا وأعمها نفعا وادقها سرا يفتقر اليه كل مالك ومملوك ويحتاج اليه كل شريف وصعلوك اعتنى به العلماء قديما وحـديثا وأكثروا فيه الافادة تدوينا وتحديثا وكان ممن سابق أبطالهم فى هذا الفن الشريف على صافنات الجياد وشمر عن ساق الجد وساعد الاجتهاد وصنف فيه فأحسن وألف فأجاد البطل الذى لا يشق له فى هـذا الميـدان غبار والسمرى الذى لا يدرك شأوه فى جميـل الآثار الطبيب الدكتور الآسى والعلامة الفريد النطاسى ذو الاثر المحمود والفضل المشهود ذو السعادة حسن باشا محمود ناظر المدرسة الطبية سابقا فقد ألف كتابه الذى كشف عن كل غامضه وألمع فى أفق هذا الفن من برق التحقيق وامضه أبرز لقارئيه مكنون الاسرار فى الطب والعلاج وأوضح لمطالعيه من ذلك السبل والفجاج وقيد لطلاب نفائسه كل شريد وقرب لخطاب عرائسـه كل بعيـد بفصيح عبارته وواضح اشارته مهـذب المبانى محرر المعانى صحح عبارته فاظهر حسنه وبراعته العـلم الفرد دوحة المجد العالم النحرير والفهامة الخطير من لا يشك أحد فى لطفه ولا يمارى حضرة الشيخ عطيه البشارى مدرس اللغة العربية سابقا بالمدرسة الطبية المصرية ولما كان هذا الكتاب فريدا فى بابه اماما فى محرابه انتـدب مؤلفه حفظه الله لطبعـه رغبة فى عموم نفعه بالمطبعـة الزاهـية الزاهرة ببولاق مصر القاهرة فتم طبعه بحمد الله طبعا تقر به العيون ويفرح به القلب المحزون وبرز لراغبيه محببا به ذا الجمال يميس فى حلل البهاء والدلال ❁ فى ظل الحضرة الفخيمة الخـديوية وعهد الطلعة الميمونة الداورية عزيز الديار المصرية ناشر لواء العـدل على هام البرية الذى نالت به رعيته من هنى الآمال غاية الامانى أفندينا المعظم عباس باشا حلمى الثانى أدام الله حضرته وأيد دولته ❁ ملحوظا هذا الطبع الجميل والوضع الجليل بنظر من عليه جميل طبعه يثنى حضرة وكيل المطبعة محمد بيك حسنى

وكان انتهاء هذا الطبع وكمال هذا الينع فى أواخر رجب الحرام عام تسع بعد
ثلثمائة وألف من هجرة سيد الانام عليه وعلى آله وصحبه
أفضـل الصـلاة وأتم السـلام كلما ذكره
الذاكرون وغفل عن ذكره
الغـافلون

MANUEL

DE

PATHOLOGIE INTERNE

PAR

S. E. LE Dr HASSAN PACHA MAHMOUD

EX-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALE

MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC., ETC.

DÉDIÉ

A S. A. ABBAS PACHA HELMI II.

KHÉDIVE D'ÉGYPTE

CET OUVRAGE EST DIVISÉ EN DIX PARTIES :

1 Maladies des organes digestifs.
2 » » circulatoires.
3 » » respiratoires.
4 » » génito-urinaires.
5 » infectieuses.
6 » constitutionnelles et intoxications.
7 » des organes de la locomotion.
8 » du cerveau et de la moelle.
9 » des nerfs périphériques.
10 Névroses sans fondement anatomique connu.

LE CAIRE

IMPRIMERIE NATIONALE

1892